

La Lettre n° 88

Bulletin de L'UNAFAM Paris - Octobre à décembre 2015



Sommaire

Présence du corps en psychiatrie Troubles somatiques souvent passés inaperçus, effets indésirables des neuroleptiques, langage du corps et choix des mots pour en parler : c'est le thème de ce dossier destiné à rendre toute sa place au corps chez nos proches.	
Problèmes somatiques des patients psychotiques <i>avec le Dr Michel Guillard</i>	2
A l'écoute des effets indésirables <i>avec le Dr Alexandre Christodoulou</i>	5
Parler au corps... <i>avec le Dr Francesca Biagi-Chai</i>	8
L'antipsychotique : un « mot » aux effets indésirables <i>avec le Dr Pierre Sidon</i>	10
Et aussi, dans ce numéro :	
Programmes de soins en remédiation cognitive <i>avec le Docteur Isabelle Amado</i>	13
Rôle de l'hôpital de jour dans le traitement des psychoses <i>avec le Dr Philippe Nuss</i>	15
L'acte parfait <i>Brigitte Hautefeuille</i>	17
« Notre Village » <i>Claire Calmégane</i>	18
Le Café de l'Atelier : une bonne table à tout petit prix <i>Jean-Louis Le Picard</i>	20
Le libre choix du médecin dans le cadre de la sectorisation <i>André Joisin</i>	22
« Les larmes du clown » <i>Brigitte Hautefeuille</i>	24
Maux croisés <i>André Joisin</i>	24

Éditorial

Vous connaissez certainement l'existence des CLSM (Conseils Locaux de Santé Mentale) qui fonctionnent désormais dans presque tous les arrondissements de Paris. C'est d'ailleurs le fruit d'un travail patient et déterminé de notre délégation de l'UNAFAM et il nous faut maintenant les mettre à profit pour y faire entendre la voix des usagers. Ceci est d'autant plus urgent qu'il s'y présente aujourd'hui une vraie opportunité d'agir !

Pourquoi aujourd'hui ?

- La CHT (Communauté Hospitalière de Territoire) pour la psychiatrie parisienne travaille actuellement sur le parcours de soin et le parcours de vie du patient (accompagnement, logement ou hébergement) ;

- le rapport Piveteau « Zéro sans solutions » a remis en question les orientations des MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées). La MDPH de Paris s'en est emparée et commence à bouger sur la base de ses conclusions ;

- l'ARS (Agence Régionale de Santé) et le Conseil général de Paris financent La « Mission Santé Mentale » de Paris avec deux coordinateurs dans les CLSM ;

- Les professionnels le savent : cette conjonction de démarches ne peut réussir sans une forte mobilisation des usagers (patients et familles). Eux seuls disposent de cet œil extérieur capable d'apporter un jugement critique sur le caractère réaliste des solutions retenues ;

Or, si à ce jour presque tous les arrondissements ont un CLSM, nous manquons cruellement de délégués d'arrondissements et il nous faut remédier très rapidement à cette situation par une action d'ampleur, qui doit commencer par une formation à la hauteur de l'enjeu.

Voilà pourquoi le Bureau a décidé de lancer un appel aux bonnes volontés en mettant simultanément sur pied un cycle exceptionnel de formation de futurs délégués d'arrondissement.

Ce cycle de formations portera sur :

- les troubles psychiques ;
- les CLSM ;
- la défense des droits à l'hôpital ;
- la demande de logement et d'hébergement adapté et l'accompagnement ;
- l'insertion professionnelle

Nous avons décidé d'ouvrir ce cycle de formation à tous les bénévoles intéressés de la Délégation, sans engagement de leur part, confiants que nombre d'entre vous choisiront par la suite de s'investir dans les CLSM.

Faites moi part de votre intérêt d'ici fin novembre en vous adressant par mail au secrétariat de la délégation (75@unafam.org).

Hélyette Lefevre

Assemblée Annuelle 2015

Problèmes somatiques des patients psychotiques

La préoccupation de plus en plus vive des familles concernant les problèmes somatiques de leurs proches psychotiques a favorisé, à l'Assemblée Annuelle 2015, le choix de l'intervention non pas d'un psychiatre mais d'un médecin, chef de service de médecine générale de l'Hôpital de Maison-Blanche, le Docteur Michel Guillard.

André JOISIN, représentant des usagers de l'EPS Maison-Blanche a présenté le Docteur Michel Guillard, Médecin-Chef du Somatique dans les cinq structures d'hospitalisation de Maison-Blanche, accompagné du docteur Cédric Bornes, Praticien Hospitalier du Service de Médecine Générale de l'EPS Maison-Blanche. Il a précisé que « le Docteur Michel Guillard ne fera que répondre aux questions de l'assistance ».

Sur les examens médicaux

Question : Quels sont les examens à faire en systématique ? A quel rythme ? Qui doit les faire ? Si, à l'hôpital, ces examens sont systématiques, que penser du manque de

suivi somatique régulier en ambulatoire ?

Dr M. Guillard : Où en est-on ? Il faut d'abord savoir que les malades psychiatriques sont plus exposés que les autres malades à des problèmes somatiques (comorbidités, iatrogénies, facteurs spécifiques des pathologies psychiatriques).

Les éléments d'un bilan effectué régulièrement

Chez ces patients qui ont une espérance de vie moindre, il semble souhaitable de définir les éléments d'un bilan qui pourrait être répété régulièrement de façon à exercer un dépistage. Si certains d'entre vous ont un diabète ou une hypertension, ils vont consulter une ou deux fois par an leur médecin qui va mesurer des paramètres physiques comme la tension, le pouls, faire faire des examens paracliniques tels qu'un électrocardiogramme, des examens biologiques, une prise de sang par exemple. Pourquoi ne fait-on pas cela pour les malades psychiatriques ?

La psychiatrie est aux mains... des psychiatres ! Ce n'est que récemment que les milieux de la psychiatrie ont été sensibilisés à l'importance des problèmes somatiques chez les patients psy et à la nécessaire gestion de ces problèmes.

L'évaluation somatique

Le travail à effectuer est un travail de longue haleine. J'espère vous annoncer de manière fiable, moi qui suis arrivé à Maison-Blanche en 1987, que fin 2015, sur le territoire de Paris, la CHT (Communauté Hospitalière de Territoire) va définir et rendre obligatoire comme un gage de qualité, une évaluation somatique de tous les malades entrants, évaluation qui devra être répétée au bout de six mois si le patient est toujours hospitalisé.

Deux notions apparaissent: la notion de détail de ce qui est dans le bilan et la notion de fréquence qui voudrait

que tout malade, sous neuroleptique(s), psychotrope(s) au long cours, puisse bénéficier d'une surveillance sur le plan somatique faite tous les six mois.

Quelle surveillance en matière somatique ?

La surveillance à prendre en compte n'est pas seulement celle gérée par le médecin en cours d'hospitalisation, c'est aussi la surveillance, à la sortie des malades et ce, tous les six mois.

• **examen clinique** : un examen clinique doit être fait par le médecin traitant choisi par le malade : tension, pouls, taille, indice de masse corporelle, température, interrogation sur le transit, fréquence respiratoire. Tout malade psychiatrique doit, en fonction de la loi HPST avoir droit à ce titre d'examen. Ce n'est pas au psychiatre d'en faire la demande, c'est au médecin traitant choisi par le patient de le faire. Il va falloir faire accepter à l'hôpital psychiatrique ce suivi à 100%, ce qui n'est pas encore le cas pour les sites parisiens (30%), des mesures étant réservées aux patients hospitalisés plus de six mois, les PSP (patients en séjour prolongé).

• **Surveillance lipidique, surveillance de la glycémie et des transaminases** pour dépister les anomalies éventuelles

• **Surveillance cardiaque** : les infections cardio-vasculaires ont un lien avec les traitements, les effets directs des médicaments sur le tissu cardiaque, la tachycardie, les habitudes des patients sédentaires, le syndrome métabolique (surpoids, diabète, hypertension, hypercholestérolémie). Elles mènent aux AVC cérébraux ou cardiaques liés à plus de 40% de mortalité cardio-vasculaire chez les patients psychiatriques d'où l'importance du dépistage.

• **Surveillance de l'organisme du patient lors de l'attribution d'un nouveau traitement** (discussion des bénéfices). Le somatique rentre dans la surveillance des maladies psychiatriques ! Personne ne peut en discuter au sein de la Sécurité Sociale. Le traitement pour le sida a fait gagner quatorze ans de vie aux malades. La surveillance somatique des patients psychiatriques, elle, devrait être demain partout généralisée... Il faut être optimiste ! La médecine change, les psychiatres évoluent, l'OMS s'intéresse à ce type de problèmes.

Attention à empêcher les hospitalisations indues en psychiatrie ! Est-ce la place d'un patient à qui on a détecté un diabète ?!

Sur le séjour en hôpital psychiatrique

Question : Est-ce que les parents peuvent s'opposer à ce que leur enfant retourne à l'hôpital psychiatrique, si le besoin ne s'en fait pas sentir ?

Dr M. Guillard : Un patient ne peut pas être hospitalisé contre son gré. Si le médecin hospitalier comprend que les proches sont en mesure de gérer le problème en s'appuyant sur un médecin traitant, l'hospitalisation ne se fera pas.

Sur le problème d'un « bon » généraliste

Question : Mon fils malade depuis 25 ans n'a pas encore trouvé de généraliste formé à une bonne connaissance de maladies psychiques...Concernant ce sujet, les psychiatres pourraient-ils nous apporter une aide à la sortie de l'hospitalisation de notre enfant ?

Dr M. Guillard : Le médecin généraliste est censé connaître la psychiatrie. Quant au patient psychiatrique, s'il a un diabète, il doit aussi assumer son problème et se faire suivre par un généraliste connaissant l'existence de son problème psychiatrique.

J'ai, avec Monsieur Joisin, mis en place, inventé un système, le PSYSOM qui viserait à doter chaque malade qui consulte sur le territoire de Maison-Blanche d'un médecin traitant à sa sortie afin d'assurer son suivi somatique. Un projet couvrant trois hôpitaux psychiatriques parisiens (dont Sainte-Anne et Maison-Blanche) est en cours de validation avec des propositions faisant partie du projet médical de la CHT appelées à être généralisées.

A propos du retentissement du traitement sur le foie

Question : Le médecin généraliste de mon enfant le surveille. Malgré le dépassement des valeurs normales, il me dit: « Ce n'est pas si élevé que cela! » Que faut-il en penser?

Dr M. Guillard : La plupart des neuroleptiques sont métabolisés par le foie d'où une surveillance nécessaire. Il faut se tranquilliser tant que les transaminases ne sont pas multipliées par trois. Si elles s'élevaient plus haut, le médecin n'aurait pas la même attitude tranquille, il ferait arrêter les statines.

Le problème est en fait plus complexe car, avant de s'assurer que le médicament en est la cause, il faut vérifier qu'il n'y a pas d'autres maladies infectieuses telle une hépatite.

Sur les dents, la vésicule biliaire et la contention

Question : Au fil des ans, ma fille atteinte de maladie psychique n'a subi aucun traitement dentaire. Même une radio dentaire est pour elle une intrusion. Ses dents tombent. Par ailleurs, elle a été opérée en urgence de la vési-

cule biliaire et mise en contention, lors de cette hospitalisation en chirurgie, pour ne pas arracher la perfusion. Qu'en penser?

Dr M. Guillard : Je vais répondre aux problèmes, l'un après l'autre: dents, vésicule biliaire et contention.

• **les dents** : pour les malades psychiatriques, le problème des dents est très important. En fait, ce qui est à mettre en cause, c'est, sauf exception, la façon de travailler des praticiens. Une façon spécifique de préparer les patients est nécessaire. Le psychiatre doit leur dire de surveiller les dents mais il faut les préparer aux soins de façon particulière.

A Maison-Blanche, depuis deux ans, des étudiants de l'école dentaire de Montrouge viennent examiner les patients, faire des bilans dentaires, ce qui les sensibilise à avoir une hygiène dentaire...

Tous les psychotropes diminuent la salivation d'où un retentissement sur les dents et la nécessité d'une aide à l'accès aux soins.

Mais des questions se posent: « Qui va faire les soins ? », « Comment faire en sorte que le patient ait envie de se soigner? »

L'ouverture d'un centre de soins dentaires réservé aux patients psychiatriques est nécessaire. Un projet est en cours. La pratique des dents arrachées devrait s'estomper...

• **la vésicule biliaire** Certes la médecine n'est pas une science exacte mais il apparaît qu'enlever la vésicule biliaire évite des complications dont la pancréatite qui peut être mortelle.

• **La contention** : Il faut être très clair. Il est des moments où la contention est nécessaire, surtout quand elle dure peu de temps. Ainsi, dans un service de chirurgie, quand le patient met sa propre vie en danger ou celle des autres, elle peut être utilisée.

Sur l'éventuel refus de communication du psychiatre lors de l'hospitalisation d'un proche

Question : Ma fille est hospitalisée à Maison-Blanche. J'ai maintes fois essayé de rentrer en contact avec le psychiatre mais sans succès. Comment considérer ce refus ?

Dr M. Guillard : Je ne suis pas psychiatre, je n'ai pas en charge la psychiatrie à Maison-Blanche. Si on me demande mon avis de médecin là-dessus, je trouve cela scandaleux. Qu'on ne vous reçoive pas, c'est une chose. Qu'on ne vous explique pas pourquoi on ne vous reçoit pas en est une autre. Le travail d'un médecin, c'est entre autres d'expliquer...

Sur les addictions et la maladie psychiatrique



Dr Michel Guillard

Question : Pourquoi les psychiatres, en général, quand j'évoque avec eux le problème des addictions qui touche ma fille, l'éluent-ils ou disent par exemple: « de toute façon, cette drogue donne les mêmes symptômes que telle maladie psychiatrique ? Ils n'abordent jamais la question avec elle qui en vient à dire : « Ce n'est pas grave, ça n'a rien à voir avec la maladie. » Que doivent en penser les familles ?

Dr M. Guillard : La question est tout à fait pertinente. L'addiction fait partie des facteurs de risques qu'on établit chez les malades psychiatriques. C'est une maladie psychiatrique à part entière. Ainsi, un héroïnomane dépend d'un centre compétent...

Ce que je prends en charge, moi, c'est l'éventuelle Hépatite C qu'a pu entraîner cette addiction pour laquelle, depuis dix ans peut-être, aucune sérologie n'a été faite !

Question : Quelles sont les retombées somatiques pour ces addictions ? Quels centres d'addictologie conseillez-vous ?

Dr M. Guillard : Dans le bilan évoqué, le médecin est capable de dépister toute maladie hépatique ou cardiovasculaire. Que faire d'un malade psychiatrique avec une addiction ? Le problème est de savoir si l'addiction a favorisé la maladie psychiatrique ou si c'est le contraire. Un centre d'addictologie a-t-il à renvoyer un patient vers un centre psychiatrique ?

Quant aux centres d'addictologie fiables, on peut se référer à la liste donnée par le Psycom.

Sur un problème oculaire

Question : Mon enfant a une sécheresse de la cornée. C'est un problème de salivation. Que faire ?

Dr M. Guillard : Les neuroleptiques entraînent des effets secondaires dont un assèchement de toutes les sécrétions. Pour la sécheresse oculaire, il faut compenser dans ce cas-là avec des larmes artificielles et avoir une surveillance ophtalmologique régulière pour éviter la kératite.

Questions organisationnelles

Question : A quel moment y a-t-il un dialogue entre les psychiatres et le somaticien ?

Dr M. Guillard : Ce dialogue est pour le moment réduit à sa plus simple expression car la médecine somatique est loin d'être la préoccupation de la plupart des psychiatres. PSYSOM va voir le jour dans les années à venir avec des critères précis, notamment la prise en charge des effets secondaires.

Pour conclure

Avant de clore ce dialogue, je rappellerai les problèmes auxquels sont confrontées les familles de patients psychotiques :

- Constipation Notamment les patients qui sont sous Leponex et suivis pour écarter la granulocytose, courent un important risque d'occlusion. Un conseil: leur faire prendre deux sachets de Movicol (un le matin , un le soir) dès que le besoin s'en fait sentir.
- Problèmes cardiovasculaires : Faire faire régulièrement un électrocardiogramme et une analyse des facteurs lipi-

diques pour éviter une cardiopathie.

- Problèmes métaboliques Surveiller un possible diabète, notamment avec la prise de Clozapine, tous les six mois.
- Vaccins (ex. tétanos)
- Gynécologie pour les femmes
- Urologie pour les hommes
- Problèmes dentaires

Il est impératif que les patients ayant des troubles psychiques bénéficient de soins somatiques tout comme les autres.

AG de la Délégation de Paris : résumé des autres interventions

Avant que le Docteur Guillard ne s'exprime, des responsables de la Délégation de l'Unafam Paris ont brièvement pris la parole :

Armelle BOISIVON, une des trois présidentes déléguées, rappela brièvement aux familles venues nombreuses, les possibles apports à attendre de la délégation de Paris :

- En cas de problèmes, assistance des représentants Unafam à la CRUCQ de l'ASM 13, des Hôpitaux Sainte-Anne, Henri Ey, Maison-Blanche et Saint-Maurice.
- Accueil par des bénévoles avec possibilité d'entretiens spécialisés (adolescents, conseil juridique, aide à la constitution du dossier MDPH, à l'insertion professionnelle)
- Réunion de convivialité

- Groupes de parole (20) dont deux groupes de parents de jeunes, un groupe d'enfants d'adultes devenus malades, un groupe frères et sœurs.

Les familles peuvent également compter sur :

- la représentation de l'Unafam dans les Conseils Locaux de Santé Mentale à Paris (notamment 7^{ème}, 8^{ème} et 17^{ème})

- des formations - concernant les troubles psychiques
- Prospect
- Profamille: 5 groupes (2 à Sainte-Anne, 1 à Henri Ey, 1 à Maison-Blanche, 1 à la MGEN).

Puis Armelle Boisivon a mis l'accent sur l'importance des adhésions et la fidélité des adhérents pour soutenir la délégation.

Luc Vave, rédacteur en chef de La Lettre, a souhaité bien mettre en lumière la ligne éditoriale du bulletin : « Notre raison d'être, c'est vous, les aidants. Notre préoccupation constante, c'est nous focaliser sur ce qui aide les familles à faire face et, partant de là, à mieux soigner leurs proches. »

Enfin, Monique Acarq, autre présidente déléguée, a évoqué les manifestations récentes festives (Psycyclette, Mad Pride) propres à mieux faire connaître au grand public les troubles psychiques avec en vue, leur destigmatisation.

Fl. V. D.

A l'écoute des effets indésirables pour adapter la prescription

Entretien avec le Docteur Alexandre Christodoulou, psychiatre, Chef du Pôle 75G05, Secteur du 8ème arrondissement de Paris, USI. Hôpital Henri Ey, GPS Perray Vacluse

A l'hôpital, pour calmer un patient en crise, des associations médicamenteuses sont nécessaires, mais l'on sait que cela va également entraîner de nombreux effets indésirables.

Pouvez-vous nous en dire plus sur cette question qui est souvent un sujet d'inquiétude pour le patient ainsi que pour ses proches, surtout lorsque l'on prend l'exemple d'un patient en première crise maniaque ?

Avant de nous attacher aux effets indésirables, nous devons bien sûr dès l'arrivée d'un patient à l'hôpital, ou dès que cela est possible, essayer d'avoir des éléments sur son histoire, ses antécédents et l'historique de sa maladie ; l'entretien avec l'entourage est ici très utile. Une bonne anamnèse* peut nous aider à comprendre s'il s'agit d'un épisode aigu unique ou s'il est annonciateur d'une maladie chronique,

Si c'est le cas, alors on sait que le traitement symptomatique de la crise évoluera dans un deuxième temps vers un traitement préventif d'une éventuelle rechute. La question que nous nous posons est la suivante :

Comment accompagner une personne souvent vierge de tout traitement, qui jusqu'à présent vivait des moments d'exaltation relativement bien tolérés par la famille, qui se plaignait plutôt lors des épisodes dépressifs, et qui tout à coup se retrouve hospitalisée, parfois sous contrainte, chez laquelle il est nécessaire de prescrire des médicaments très sédatifs*, puisque effectivement c'est la sédation que l'on va rechercher dans un premier temps.

En plus de l'excès de sédation, la question de la prise de poids est également un effet indésirable très fréquent, comment pouvez-vous le prendre en compte ?

En effet la sédation peut être un effet indésirable des traitements psychotropes à distance de la phase aiguë.

Par rapport à la prise de poids, le problème de la survenue d'un syndrome métabolique* nous oblige à être très vigilants, car les conséquences peuvent être graves pour les sujets : ce sont principalement le risque de diabète et le risque de maladies cardio-vasculaires.

On sait maintenant que beaucoup d'antipsychotiques atypiques provoquent des effets secondaires qui sont étroitement liés au risque cardio-vasculaire, beaucoup d'études l'indiquent.

L'association d'un thymorégulateur* et d'un antipsychotique atypique majeure également le risque de prise de poids, mais c'est souvent nécessaire durant la phase aiguë, sur la période hospitalière.

Vous est-il possible de limiter ce fameux syndrome métabolique ?

Il faut savoir qu'au moment de l'hospitalisation, un bilan biologique est fait systématiquement ainsi qu'un examen physique par un médecin généraliste. Bien sûr lorsque le patient arrive en phase très aiguë, ce ne sera pas très facile et il faudra attendre un peu, mais tous ces éléments, ajoutés à une bonne anamnèse, nous indiquent si nous avons des facteurs biologiques à prendre en compte.

Nous savons également quels sont les risques prédictifs d'un syndrome métabolique: un âge jeune, un poids plutôt bas, des facteurs intrinsèques au patient, des antécédents dans la famille, le fait que les femmes y soient plus sujettes que les hommes, tout cela devrait nous guider dans le choix de la molécule et nous aider à être de plus en plus vigilants dans notre pratique.

Ainsi, plus généralement, lorsque nous prescrivons des molécules comme la Clozapine*, l'Olanzapine* (Zyprexa) nous savons que nous devons être vigilants concernant le risque de surpoids et de troubles du transit.

Il faut savoir également que nous ne devons plus utiliser le Valproate de sodium* (Dépakote*, Dépakine) en première intention chez la femme en âge de procréer, car il existe un risque de malformation fœtale.

Parmi les effets indésirables visibles, il y a également les tremblements, les déambulations incessantes...

Oui, il s'agit des effets extrapyramidaux*, les tremblements, la difficulté à écrire, les contractures musculaires. Les patients s'en plaignent beaucoup car bien sûr ils s'en rendent parfaitement compte. Le besoin incessant de bouger que l'on appelle l'akathisie peut être fréquente avec certaines molécules.

Si l'effet indésirable commence à prendre trop d'ampleur et devient difficile à gérer par le patient, je lui indique qu'il y a toujours d'autres solutions, avec d'autres molécules ; chaque patient réagissant de manière différente, tout cela est à ajuster au cas par cas.

Il faut insister sur le fait que la question majeure est l'analyse des bénéfices et des risques qui guidera la stratégie à mettre en œuvre pour pallier au mieux les effets secondaires.

Quels sont les autres effets indésirables dont souffrent les patients et qui ne sont pas forcément visibles ?

Il y a tous les effets indésirables concernant les troubles sexuels comme les dysfonctionnements érectiles, le dérèglement de la prolactine chez les femmes mais aussi chez les hommes, les troubles de la libido. Ils sont probablement fréquents mais les sujets n'en parlent pas forcément, nous devons donc savoir les rechercher pour essayer de les limiter, car ils ont de lourdes conséquences sur la qualité de vie.

Il faut savoir par ailleurs que nous avons une bonne connaissance du profil général de chaque médicament : il existe de nombreux colloques, des congrès, des études qui paraissent dans des revues indépendantes que nous suivons de près et qui nous aident à faire notre choix parmi les molécules qui existent, en plus de l'information que nous fournissent les laboratoires qui peut ne pas être tout à fait objective. Tout cela est bien sûr éclairé par notre propre expérience, qui joue beaucoup.

Nous allons adapter notre prescription par rapport à ce que ressent le patient, mais également par rapport à ce que l'on sait.

Durant la période d'hospitalisation, que pouvez-vous proposer au patient pour le soulager, en plus d'un traitement médicamenteux ?

Nous avons la chance d'avoir au sein de l'hôpital Henry Ey des soignants qui ont des approches différentes et complémentaires. Cela nous permet de mettre en place une prise en charge globale, favorisant l'approche corporelle, par exemple à l'unité de soins intensif certains infirmiers sont formés au toucher thérapeutique, des psychomotriciennes proposent également des moments de relaxation, de détente, et aussi des temps favorisant les échanges au travers de médiations corporelles. La présence de ces soignants est une richesse que nous avons encore au sein de l'hôpital, qu'il faut valoriser, et que nous espérons bien garder !

Tout cela est mis en place pour le patient à l'hôpital, mais que se passe-t-il ensuite, lorsqu'il sort ?

Après l'hôpital, dans le suivi du patient en ambulatoire, on va petit à petit passer du traitement de la crise à un traitement à visée plus préventive.

Il faut dans cette période un suivi assez rapproché du patient, ce qui est facilité dans les CMP par la présence d'infirmiers référents. Le patient peut être reçu sans attendre le prochain rendez-vous avec son psychiatre ; l'infirmier est là pour l'écouter, répondre à ses inquiétudes concernant les effets indésirables qu'il ressent, lui donner des conseils et signaler la situation au psychiatre pour faire d'éventuelles modifications de traitement. La structure du Centre Médico Pédagogique permet cette coordination.

Elle permet de travailler aussi avec les paramédicaux sur l'hygiène diétético-alimentaire par exemple. Il est souvent nécessaire de transmettre et faire comprendre aux patients des conseils sur son hygiène de vie en évitant le discours culpabilisant, en prenant en compte toute la di-



mension psychologique. Une bonne connaissance sur les conditions de vie de la personne est nécessaire pour adapter ces conseils.

Il existe des programmes plus structurés d'éducation thérapeutique, qui traitent notamment de cette question des effets indésirables des traitements. Encore faut-il que la personne puisse entrer dans ce parcours-là, donc qu'elle ait accepté sa maladie, ce qui est un cheminement parfois compliqué.

Lors de son suivi en ambulatoire, le patient commence à aller mieux ; est-ce que ce n'est pas le moment où il va davantage percevoir les effets indésirables de son traitement ?

Bien sûr, au fur et à mesure qu'il va aller mieux, le sujet va commencer à vivre le traitement comme un véritable poids. C'est une sorte de paradoxe ! Nous nous devons d'accompagner l'évolution, en enlevant progressivement une partie des médicaments, et en recherchant la dose minimum efficace.

Lorsque le patient évoque les effets indésirables qu'il ressent, lorsqu'il a entendu parler d'un médicament ou a pu recueillir des informations sur internet, il est important pour nous de l'écouter et de répondre à sa demande car cela est un facteur d'adhésion au traitement.

C'est également la prise en compte des effets indésirables qui peut guider le psychiatre dans le choix de la molécule qui, à efficacité égale, conviendra le mieux au sujet.

A ce stade l'objectif est d'anticiper une nouvelle hospitalisation avec un traitement préventif, au mieux une monothérapie, accompagnée de mesures de soutien, de mesures psychoéducatives, de psychothérapie quand c'est

nécessaire, d'un accompagnement paramédical type psychomotricité ou ergothérapie lorsque c'est indiqué. Bref, beaucoup de choses qui peuvent être mises en place pour que le patient aille mieux, jusqu'à un éventuel retour à l'emploi. Cela paraît un peu idéal, bien sûr... mais cela arrive, et c'est notre objectif.

Et s'il arrive que, malgré un allègement des doses, les effets indésirables persistent ?

Dans ce cas, si les ajustements en termes de dosage du médicament ne suffisent pas, alors on doit changer de classe de molécules, on va faire ce que l'on appelle un « switch », après avoir bien réfléchi à la balance bénéfice-risque. C'est un moment délicat, qui peut inquiéter le patient...mais aussi le médecin ! Il faut alors bien prendre le temps d'expliquer au patient, et proposer pendant cette période un suivi très rapproché. On essaie de faire ce changement de traitement sans hospitaliser la personne, l'hospitalisation n'étant pas toujours une bonne expérience.

Ce qu'il faut mettre en place dans l'intérêt du patient, s'il nous y autorise, c'est un lien avec le médecin traitant, qui de mon point de vue est tout à fait fondamental.

Encore faut-il qu'il y ait un médecin traitant, ce qui n'est pas toujours le cas. On sait bien que l'accès aux soins et la question de se maintenir en meilleure santé ne sont pas le souci de tout le monde, notamment des jeunes. Tout cela est compliqué.

S'il n'y a pas de médecin traitant, alors nous nous efforçons d'avoir des liens avec les centres de santé car la prise en charge conjointe d'un patient peut nous aider à suivre et à traiter les effets indésirables des molécules que l'on prescrit. C'est le généraliste qui va pouvoir faire le suivi avec un électrocardiogramme, donner un hypolipidémiant, ou un hypoglycémiant oral par exemple.

Il serait tout à fait intéressant, de mon point de vue et dans l'intérêt du patient, que nous, psychiatres, rencontrions davantage les médecins généralistes afin de prendre en charge de manière conjointe un patient.

Pour conclure, diriez-vous que la prise en charge des effets indésirables des traitements par les psychiatres s'est plutôt améliorée ces dernières années ?

Depuis une dizaine d'années, les effets indésirables sont mieux identifiés et pris en charge par les psychiatres, et il faut noter qu'ils y sont davantage sensibilisés lors de leur formation.

Cela reste toutefois à améliorer et, de mon point de vue, l'approche globale du patient peut tout à fait nous aider à y parvenir. C'est d'ailleurs une dynamique qui est favorisée sur Paris par la CHT, nous permettant d'aller vers une ap-

proche plus intégrative, associant les médecins somaticiens dans la réflexion de la prise en charge globale des patients avec une offre de soin la plus large possible.

Propos recueillis par Corinne Viennot.

Petit glossaire pour aider à s'y retrouver

Anamnèse : Ensemble des renseignements fournis au médecin par le malade ou par son entourage sur les antécédents médicaux, l'histoire d'une maladie ou les circonstances qui l'ont précédée.

Closapine (Leponex, Clozaril, Azaleptin, Fazaclo, Froidir, Denzapine, Zaponex, Klozapol, Clopine) : antipsychotique atypique.

Dépakote. Thymorégulateur.

Effets extrapyramidaux : perturbations des mouvements, impatience, besoin de bouger sans cesse, tremblements importants.

Halopéridol (Haldol) : antipsychotique typique.

Olanzapine (Zyprexa) : antipsychotique atypique.

Rispéridone (Risperdal) : antipsychotique atypique.

Sédatif : médicament qui calme l'anxiété et la tension nerveuse, apaise les douleurs et aide à dormir.

Syndrome métabolique. Il y a syndrome métabolique lorsque 3 ou plus des facteurs de risque suivants sont présents : embonpoint abdominal, taux élevé de triglycérides sanguins, hypertension, faible taux de « bon » cholestérol (HDL), glycémie élevée.

Thymorégulateur : régulateur d'humeur, aide à soigner les troubles bipolaires

Valproate de sodium (Dépakine) : Antiépileptique.

Solution des « Maux croisés »

Horizontalement : I. Analgésiques. II. Cognitif. III. Cr. Go. Peur. IV. Odorantes. Se. V. Rennes. Ais. VI. Pc. Été. Sauts. VII. Adolescente. VIII. Git. Estiez. IX. Arqué. As. X. Ebloui. Ulm. XI. Mégie. Orge. XII. Épisse. li. XIII. Es. Orneras. XIV. Té. Yonne. USA.

Verticalement : 1. Accompagnement. 2. Nord. Cdi. Bep. 3. Ag. Or. Otagie. 4. Ln. Réel. Roissy. 5. Gigantesques. 6. Etonnes. Ui. Éon. 7. Si. Te. CEE. Rn. 8. lf. Esses. Urine. 9. PS. Antalgie. 10. Usé. Autisme. Ru. 11. Usitée. Tas. 12. Stress. Zona. Sa.

Entretien avec Francesca Biagi-Chai, psychiatre et psychanalyste (1)

Parler au corps pour que le lien s'établisse

Durant cet entretien, le rapport au corps chez un être psychotique est évoqué au fil des mots. Le corps apparaît comme un élément primordial à traiter par la psychanalyse comme l'exercent les lacaniens. Faire parler le corps ouvre alors sur la parole quand celle-ci est bloquée.

Dans La Lettre n° 87 vous introduisiez vos propos par ces mots : « Avec le patient psychotique, il est important d'avoir une double entrée, le lieu et le lien ». Pouvez-vous nous en dire plus ?

« Le lieu et le lien », c'est le titre d'un séminaire donné par Jacques-Alain Miller (2) à Paris 8 qui a duré une année entière. Il a parlé, entre autres choses, du moment où les mots, au décours de la séance, ne sont pas enchaînés, où la phrase va être coupée. Devant la parole qui s'arrête, toute la question est : qu'est-ce qui se passe dans cette coupure ?

Le silence ?

Ce n'est pas vraiment le silence, car le silence peut être une attente de ce qui suit. Le patient s'arrête sur un mot et n'arrive pas à enchaîner, ne peut pas continuer... Ceci peut avoir lieu la première fois que vous le voyez, surtout s'il n'a pas du tout envie d'être là (se disant « je ne suis pas fou » ou « c'est les autres qui m'ont envoyé »). Il s'agit de ne pas être là à lui dire « mais si, mais si, parlez », son entourage l'a déjà fait, cela n'aurait pas de sens. C'est visible qu'il ne va pas bien. Lui-même dans sa pathologie, quand il est hors dialectique, n'arrive pas à voir, à percevoir ce qu'on pourrait lui dire. On ne peut pas convaincre, à travers la parole, quelqu'un qui bute sur quelque chose. Ce qui lui arrive là, la parole qui s'arrête, n'est pas sans rapport avec son corps. Au lieu d'essayer de le convaincre, il faut passer par le corps : abandonner la conversation qui essaierait de lui faire comprendre quelque chose, lui poser une question plus simple qui le relie à son propre corps : « quel effet cela vous fait-il ? Comment le ressentez-vous ? » La parole interrompue se dévie alors. Le patient peut toujours témoigner sur ce que cela lui fait : chaud, froid, mal au ventre, ça fait des frissons, c'est bizarre... À partir de là, il peut commencer à parler de lui, alors que dans l'explication il n'aurait pas pu. De plus, c'est souvent là que cela se passe : le sujet peut se sentir...

Reconnu ?

Avant de se sentir reconnu dans la question qu'on lui pose, il peut se sentir étranger à son corps, dans la perception de son corps ; celui-ci le dérange, ne lui ressemble pas, quelque chose le trouble. C'est très important. Dans les cas plus sévères, notamment dans les premières rencontres, il faut voir si son corps, à cette place-là, l'étonne, le persécute. Cela arrive que le corps persécute. Le sujet ne fait pas forcément la relation entre le mal être de son

corps et lui-même. Une personne éprouvée par des mois d'allers-retours entre chez ses parents et l'hôpital, épuisée d'aller ici, là, ailleurs, de revenir... Si on lui dit simplement : « Ça a l'air assez fatigant... » On s'aperçoit alors qu'il nous fait confiance, se détend : « enfin on s'occupe de moi sans chercher à me convaincre. » Il s'agit que son corps lui appartienne, qu'il continue à être pris dans les mots. Si les mots s'arrêtent, le sujet peut se déprendre de son corps. Il y a là une certaine responsabilité de l'analyste qui doit s'exercer afin que le sujet ne soit pas abandonné par son corps. Tout cela peut très bien se dire sans employer des mots très compliqués. La fatigue, c'est une chute, quelque chose est en train de choir. Comme si le corps tombait. Le sujet peut ne plus avoir le punch de porter son propre corps, il peut alors raconter ce qu'il vit parfois depuis des mois. C'est un fait que l'on parle du corps en psychanalyse.

Car le corps est un lieu, notre lieu. Un lieu dans l'enveloppe de notre peau. On passe par le corps, c'est-à-dire le lieu, pour que le lien se fasse.

le corps est un lieu, notre lieu. Un lieu dans l'enveloppe de notre peau. On passe par le corps, c'est-à-dire le lieu, pour que le lien se fasse

Ça parle...

On s'intéresse au corps, non pas pour comprendre, mais pour loger, que le sujet s'y loge. Alors le sujet peut parler de son corps. Cela fait le raccord et il peut reprendre et continuer son discours. Ça parle, oui. Il n'est plus bloqué par le fait de ne pas pouvoir parler. Le discours s'est déplacé sur le corps. Cela a fait un détour. Par ce détour-là, il peut attraper quelque chose. On peut continuer. Un petit soulagement arrive. Ce qu'il croyait indicible, que personne au monde n'aurait pu nommer, eh bien chez un analyste, il y a une place pour cette étrangeté du corps. Ce n'est pas la compréhension qui est en question. Lacan a mis ça à l'ordre du jour.

On pourrait dire que les psychologues cherchent à comprendre, et les psychiatres cherchent à soigner, c'est-à-dire soulager ?

Pour notre école d'orientation lacanienne, la différence d'approche n'est pas vraiment celle entre psychologues et psychiatres, elle est entre ceux qui vont faire parler du



(1) Voir La Lettre n° 87

corps et ceux qui voudront comprendre au niveau de la pensée. Un psychologue orienté par l'école de Lacan va procéder, au cours de la première séance, comme je vous ai indiqué. À la fin de l'entretien, il pourra conseiller un petit traitement, (pas toujours utile) en précisant : « votre corps sera moins énigmatique ». Prescrire un traitement léger pour que le sujet « ne parte pas dans tous les sens »... un psychiatre lacanien n'essaiera pas d'infliger un traitement lourd, il tentera de trouver le plus petit dénominateur. Le médicament n'est rien de plus qu'une aide. Il ne faut pas que le traitement empêche la parole, et non plus le refus de traitement d'ailleurs. C'est une question de réel pas de principes.

Vous nous avez indiqué comment parler à un corps fatigué. Et comment parle-t-on à un corps pris d'angoisse ?

Aux crises d'angoisse, les psychiatres, la plupart du temps, vont répondre par l'anxiolytique. C'est l'idée qu'on s'en fait, ce sont les traces que cela laisse dans les esprits.

Ce sont des traces laissées dans le champ social. Peut-être cela vaudrait la peine de proposer d'autres traces. L'idée serait la suivante, elle me vient à l'esprit en vous écoutant : faire entendre dans le champ social la différence entre le psychiatre qui va traiter l'angoisse et pas le sujet (le sujet va disparaître derrière le médicament), et celui qui va traiter le sujet, avec un plus dans la mise en route : le médicament. Il ne s'en privera pas, il n'y a pas lieu d'en priver le sujet. Prescrire un traitement symptomatique (anxiolytique, neuroleptique, antidépresseur, à petites doses) le temps que le sujet se retrouve, puisse identifier ce qui lui permet de ne pas être angoissé ou ce qui réveille son angoisse. Avec le temps, le médicament finit par tomber tout seul.

Y a-t-il des patients qui « traversent tout seul » contre vents et marées ?

Il y a des sujets qui ont traversé difficilement leur vie et qui choisissent de venir voir un psychanalyste sur le tard. Il y a aussi des sujets qui réalisent quelque chose à travers la sublimation et qui ne deviendront jamais des patients. Et puis il y a ceux qui n'ont pas les éléments pour réaliser cela, qui ne parviennent pas, seuls, à réduire les phénomènes par la langue. Tout le monde ne peut pas avoir recours à la poésie, faire preuve de talent, être inventif. J'ai connu un patient qui pouvait supporter de traverser tout seul son mal d'exister, il s'est trouvé dans des profondeurs abyssales refusant tout médicament. Mais si, en l'écoutant, j'avais perçu que cela pouvait entraîner des phénomènes de dépersonnalisation puis de fragmentation de son corps, qu'il ne traverserait pas mais serait perdu en cours de route, j'aurais dit non à son refus de médicament. La parole nous renvoie aux conséquences. Les conséquences ne valent que pour chaque patient. Ce que l'on peut dire a une valeur pour l'un et n'en a pas pour l'autre. Chaque personne est un être singulier. Mes patients m'apprennent des choses. Cela donne à réfléchir. C'est comme cela que les choses avancent. On peut énoncer des principes. Mais il n'y a pas de règles. Nous sommes tous façonnés sur le même modèle à savoir qu'il y a un point qui échappe au

modèle. Les psychanalystes ont une idée de comment cela se tient. Mais ce n'est pas un modèle. C'est un...

... un exemple ?

Non, non même pas, ce n'est pas du côté de l'image. C'est une réflexion, un travail de réflexion que l'analyste a payé de sa personne (il a fait lui-même une analyse, c'est ainsi qu'il est défini). Il saura ne pas appliquer un modèle mais écouter ce qu'il en est du sujet avec sa totale nouveauté. Sans oublier son corps.

Le corps en psychiatrie, pour la plupart d'entre nous, c'est le somatique. Mais vous parlez du corps autrement !

Le corps somatique, il est là, il faut le soigner. C'est très bien. Mais le corps tel que la personne le ressent, c'est autre chose. Il y a un au-delà du corps sain ou malade, cet au-delà, c'est un corps qui nous fait plaisir, un corps qui ne nous fait pas plaisir, qui nous inquiète, sur lequel nos propres paroles résonnent. Au départ, le patient considérera son corps comme sain ou malade et se dira « Si je n'ai pas de fièvre, pourquoi en parler à l'analyste ? » Petit à petit, bien sûr on fait en sorte que le sujet puisse s'ouvrir à son propre corps.

A-t-il une méconnaissance de son corps ?

Il n'a pas forcément d'emblée une bonne connaissance de son corps. Mais ça va venir...

Aimer son corps. Beaucoup de gens n'aiment pas leur corps... Jusqu'à même en éprouver une répulsion... Obligés de vivre avec quelqu'un que l'on n'aime pas...

Oui, il y a des gens qui viennent avec cette question : comment faire pour aimer son corps ?

Ne pas aimer mon corps cela veut presque dire « ma tête est malade ». Ce serait l'un ou l'autre ?

L'un ou l'autre, justement. Souvent les patients présentent cette distorsion et s'y sentent mal. Il y a comme quelque chose à travailler : un rebranchement, une reprise du corps.

On a tendance à voir « la psy » du côté : c'est l'esprit, reprendre sa vie en main, maîtriser. Certes. Pourquoi pas ? Mais quand le corps se manifeste...

Il est d'accord ou pas ?

C'est exactement cela. Tous ceux qui vous vendent de la reprise en main, du développement personnel, tout ce qu'on voudra, certes, mais il ne faut pas que le corps se mette en travers.

Il faut l'écouter ?

L'écouter, oui. En tout cas en parler à quelqu'un

Quand une personne passe la porte de votre bureau, que voyez-vous d'emblée de son corps ?

Je vois à chaque fois des choses différentes : quelqu'un qui traîne un peu les pieds, un autre avec un côté un peu bourru, un peu replié sur lui-même, les yeux baissés, qui fait plus ou moins la tête, ou au contraire un être très exalté... Mais cela change quand ils commencent à parler d'eux ! Quand on pose quelques questions qui vont les saisir, ils s'arrêtent tout à coup pour réfléchir... alors, vous voyez la personne complètement ratatinée qui tout à coup relève la tête, fronce les sourcils parce qu'elle se met à réfléchir... et va chercher la parole adéquate... Et là, vous

(2) Jacques-Alain Miller est un psychanalyste français, gendre de Jacques Lacan, chargé de l'édition de ses séminaires et fondateur de l'École de la cause freudienne.

voyez une autre personne, vous entrez vraiment dans quelque chose d'autre. Pour nous, il ne s'agit pas du corps pour le corps. Mais du corps par rapport à la personne. Ce qu'elle en fait. Ce que le corps traduit.

Dans le rapport à l'autre, les mots ne sont pas tout à fait pris dans le même sens. Chez des sujets névrosés, cela donne des malentendus. On s'énerve un peu, on peut réentendre. Mais chez des sujets psychotiques, cela donne des murs, des ruptures, une incompréhension radicale. Il faut sortir de là. Employer le mot psychose tranquillement. Une hystérie, une psychose Il faut arrêter avec ces mots. Sortir du poids péjoratif du mot psychose, on en est très loin aujourd'hui.

Mais les parents demandent des diagnostics . En quoi savoir fait-il avancer ?

La vraie question est : que fait-on avec le diagnostic ? Avec le diagnostic, la vie peut commencer. C'est cela qu'il faut faire entendre dans le champ social. Pour un psychiatre que la parole n'intéresse pas (je ne critique pas les psychiatres, très loin de là) ce jeune homme qui entend des voix sera vu comme un sujet psychotique, ils vont lui prescrire de l'Haldol et voir comment la vie se déroule. Pour un analyste, ces voix font effraction dans le monde intérieur du sujet. Il va poser les questions : « comment ont-elles commencé, qu'est ce qui a fait qu'elles arrivent à ce moment-là, comment la vie tenait avant les voix, comment la reprendre après ? » Une expérience que le sujet peut considérer comme un élément dans sa vie mais qui n'est pas toute sa vie. La psychanalyse c'est ça, c'est tout ça. Lacan c'est ça, ce n'est pas quelqu'un qui s'assoit là et laisse parler les gens pendant vingt-cinq minutes. L'analyste a une idée des conséquences.

Le corps peut-il donner la limite entre soi et les autres ? L'autre est un mystère pour chacun mais pour un psychotique la frontière est parfois floue.

Le corps donne la frontière, mais pas toujours. Dans des sensations qui semblent venir de l'extérieur, le corps s'efface devant la perception. La perception devient plus forte que le corps. Le corps fait bord mais parfois la bordure va s'élargir, se fissurer, voire se fragmenter. Le sujet va être

mal et tendre vers la dissolution, la dépersonnalisation. Il lui faut redevenir sujet et remettre la perception à sa place. Il ne pourra pas l'effacer. Mais la mettre dans un tiroir. Qu'y a-t-il dans ce tiroir ?

On peut fermer un tiroir !

Oui c'est ça. Et quand le tiroir menace de s'entrouvrir, le sujet va repérer ce que cela annonce du réel. Il pourra en parler avec l'analyste avant qu'il ne s'ouvre complètement parce qu'il y aura eu quelque chose qui l'aura fragilisé, et là il perçoit bien que le tiroir s'ouvre, que les voix vont revenir. L'analyse, c'est le tiroir avec le réel à l'intérieur.

Ce que vous appelez réel, est-ce la réalité intérieure ?

C'est plutôt cet élément du corps qui échappe. Ce qui ne va pas être dissout. Les voix ne vont pas être dissoutes. Le jeune homme garde la trace brûlante de ces voix. Guérir ne veut rien dire pour nous. Dès qu'on entre dans l'illusion de la guérison, on entraîne les gens dans des zones dangereuses. La question reste, quelle que soit la structure de soin : « Que peut-on faire avec un sujet donné présentant des symptômes donnés ? » Bien sûr il y a un savoir des psychoses, des névroses, etc. Mais la seule façon de faire est de « faire avec ».

Y a-t-il une aspiration au bonheur chez des sujets psychotiques ?

Les sujets psychotiques, aujourd'hui, ils aspirent à être normaux, à être comme tout le monde. Avec la modernité, tout le monde aspire à l'efficacité et personne n'est très heureux. C'est la modernité qui fait peser ce désir de normalité sur un psychotique.

Il semble qu'ils aient envie d'être comme tout le monde et en même temps de rester différents...

C'est pour cela que je pense que c'est peut être la psychose qui va sauver le siècle. Il y a cette difficulté à rentrer dans les rangs et qui finalement est pas si mal.

Propos recueillis par Brigitte Hautefeuille

Entretien avec Pierre Sidon, psychiatre et psychanalyste

L'antipsychotique : un « mot » aux effets indésirables

Le Dr Pierre Sidon dirige le CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) Meltem à Champigny-sur-Marne (94). Il exerce également en médecine libérale dans le 11^{ème} arrondissement de Paris.

Dans votre cabinet, la plainte des patients concernant les effets indésirables des traitements est-elle très présente, ou bien est-ce nous, les proches, qui les considérons comme si difficiles à supporter ?

C'est une bonne question que vous posez... à laquelle il y a plusieurs réponses : ne pas savoir, être comme ça impuissant, ne pas avoir la main sur la prescription et ne

pas être celui qui prend le médicament, est forcément quelque chose de très douloureux pour la famille.

Vous assistez à quelque chose qui vous est totalement extérieur, et vous êtes concerné au premier chef car c'est votre enfant, votre conjoint. Le patient parfois ne parle pas, ne sait pas, n'a pas compris, c'est pour vous une

position d'impuissance terrible. En ce sens, ce que vous faites à l'Unafam est fondamental, ce lien que vous faites autour, c'est ce qui m'intéresse pour l'avenir, cela complète quelque chose qui manque encore souvent dans les prises en charge, qui est l'accueil de la famille.

Je reçois dans mon cabinet des familles qui souffrent beaucoup de ne pas être reçues par le psychiatre de leur enfant, sous prétexte qu'il est adulte, alors qu'il s'agit d'un adulte qui n'est pas autonome, qu'ils accueillent à la maison, pour lequel souvent ils paient les consultations. Il est inacceptable que les familles ne soient pas reçues. Elles devraient l'être, avec l'accord du sujet bien sûr. Certains psychiatres le font, il faudrait que cela se généralise.

A la sortie de l'hôpital, après une crise maniaque, l'entourage ne reconnaît pas son proche : il est extrêmement fatigué, somnolent, parfois mutique, ce comportement est-il dû exclusivement aux effets indésirables du traitement ?

Vous posez la question de l'excès de sédation d'un malade au cours du traitement d'une crise. C'est quelque chose d'extrêmement visible, c'est frappant, c'est choquant, et préjudiciable à tous et bien sûr au patient lui-même. Il ne peut pas travailler pendant longtemps, éprouve une extrême fatigue, une sorte d'apathie douloureuse et une absence de désir.

Tout cela est parfois attribué au médicament. Effectivement, le patient a peur d'être « un légume » à cause du traitement, ou a vu d'autres patients dans cet état et a peur d'être comme eux, ce qui en outre le rend méfiant à l'égard du traitement.

Or, cette extrême fatigue est en partie un effet indésirable du médicament, mais pas seulement. J'explique au patient que cela va être amplifié par un phénomène bien précis, qui est celui d'une récupération de fatigue. Un patient en phase maniaque ne dort pas, ne se repose jamais, donc s'épuise. Alors au moment où il consent qu'un médicament agisse, - encore faut-il y consentir - au moment où il va accepter d'être apaisé par un médicament puissamment anxiolytique, alors sa dette de fatigue va lui tomber sur les épaules. C'est cela que j'explique : considérez-vous en convalescence, acceptez de vous reposer, faites des siestes et dormez le plus possible.

Il faut savoir que, lorsque la crise va trop loin ou que le sujet a interrompu son traitement, l'effet indésirable de fatigue va augmenter en même temps que la dette de sommeil et par conséquent le sujet ne va pas pouvoir reprendre ses activités pendant très longtemps.

Souvent, après 2 ou 3 crises, les sujets se rendent compte que ça suffit comme ça et peuvent alors consentir à reprendre leur traitement, en envisageant même de le garder toute la vie. Certains patients s'en inquiètent et je leur réponds que beaucoup le font, et qu'il n'y a pas d'effet indésirable au long cours lié à une prise de

médicament durant toute la vie.

Entendez-vous souvent des plaintes des patients liées à la question de la prise de poids ? Certains prennent jusqu'à 15 kilos en quelques mois, ne peuvent plus supporter leur image dans le miroir, ce qui peut d'ailleurs les inciter à arrêter le traitement.

Je suis moi-même très sensible à cette thématique, d'autant plus que l'on sait aujourd'hui que la prise excessive de poids est dangereuse et qu'avec les nouveaux antipsychotiques cela s'accompagne de perturbations endocriniennes comme le diabète. Or, c'est inacceptable, on ne peut pas rendre quelqu'un diabétique à cause d'un traitement, surtout lorsque ce sont des effets indésirables qui, au départ, ont été masqués par les laboratoires, comme dans le cas du Zyprexa. Cette dissimulation risque malheureusement d'être préjudiciable à la confiance que l'on peut avoir dans le médicament, quelle que soit par ailleurs son efficacité.

Le problème du poids est complexe, car il est également lié à une hyperphagie provoquée par certains médicaments (Tercian, Zyprexa), ainsi qu'à une récupération de poids dont l'organisme a besoin après des périodes d'épuisement et d'amaigrissement.

C'est compliqué, on est souvent obligé d'arbitrer en se satisfaisant d'une situation imparfaite : on a quelqu'un qui se met moins en danger, qui va mieux mais qui tout d'un coup prend du poids. Il y a des médicaments qui font moins grossir que d'autres, des posologies à adapter à chacun. Cela m'est arrivé avec un patient de changer plusieurs fois de médicament, puis de revenir au fameux Zyprexa, sous surveillance endocrinienne bien sûr, parce que c'était celui qui lui convenait le mieux et que la personne acceptait de prendre un peu de poids.

Vous exercez dans votre cabinet à la fois comme psychiatre et psychanalyste. Je suppose que cela facilite le fonctionnement du trio psychiatre-patient-médicament, notamment grâce à l'importance que vous accordez à la parole ?

Effectivement cette pratique-là a pour moi des aspects intéressants. Je n'étais pas psychanalyste au début, mais j'ai eu vite envie de le devenir. J'étais psychiatre en hôpital, puis je suivais des patients en ambulatoire, j'ai eu envie de faire de la psychothérapie, c'est-à-dire de parler avec eux, tout simplement. Je suis toujours satisfait de cette pratique car je pense que l'on ne peut pas prescrire sans parler. D'ailleurs je crois que tous les psychiatres parlent. La façon dont on parle dépend simplement de la façon dont on est formé et pour ma part j'ai choisi la psychanalyse.

Selon moi, il n'y a pas d'opposition, ni théorique, ni de pratique, entre le médicament et la parole, il s'agit d'un continuum pour le patient. Il n'y a pas lieu de parler de concurrence entre les deux pratiques, puisqu'on s'adresse à des registres différents quand on prescrit et quand on



parle. Très souvent, c'est le médicament qui aide le patient à parler dans des périodes de mutisme.

Par ailleurs, lorsque le patient avance dans son expérience du traitement, je l'encourage à s'auto-médiquer, c'est-à-dire à savoir lui-même quand augmenter ou baisser les doses, en fonction de l'évolution de son état et des effets secondaires qu'il ressent, tout en le voyant de manière assez rapprochée. C'est ce qu'on appelle l'éducation thérapeutique, dont l'un des objectifs est d'anticiper pour éviter au maximum l'hospitalisation, qui est toujours une cassure extrêmement traumatisante.

Justement, le fait que les troubles psychiques empêchent parfois la parole du patient peut-il compliquer la manière dont vous répondez à ses inquiétudes ?

Cela rend nécessaire ma fonction. Si la parole est difficile, il faut un spécialiste de la parole. D'autant plus qu'il y a un effet indésirable du neuroleptique qui est l'absence de désir, la dépression. Il s'agit alors d'une forme de mélancolie iatrogène, c'est-à-dire générée par le médecin. Il faut savoir qu'avec l'antipsychotique on prescrit de l'indifférence psychique. Si on fait cela, c'est uniquement pour contrer un trop-plein de vie, d'excitation, d'angoisse, d'émotion, d'absence de limite qui mettent en danger le sujet.

C'est là que la parole est très importante, comme antidote à la dépression prescrite avec l'antipsychotique, parce que la parole et le lien que l'on a avec nos patients permettent de compenser cette « mort psychique » que l'on prescrit. On donne de notre présence, de notre attention, de notre temps, et cette relation-là, qui est charnelle, vitale, émouvante, vient compenser une prescription qui est comme un « étouffoir ». Il est donc très important de parler quand on prescrit, parce que prescrire sans la parole, cela rend très difficile pour le patient d'accepter le traitement.

Quand vous parlez au patient, vous lui apportez du plaisir, des solutions à ses problèmes au niveau où ils se structurent, à leurs causes, à l'affect. Pour la psychanalyse l'affect n'est pas assimilable à l'émotion animale : du fait justement que l'homme parle, c'est plus complexe que l'émotion animale et donc on ne traite pas cela uniquement avec des médicaments mais avec quelque chose qui est éminemment humain, c'est-à-dire le dialogue.

Dans mon expérience, meilleure est la relation avec le médecin, plus faibles sont les posologies prescrites et je dirai que globalement la dose de médicaments est inversement proportionnelle à la dose de parole, même si bien sûr, à certains moments de leur vie, certains sujets restent imperméables à la parole. Et là malheureusement on n'a pas d'autre choix que d'avoir recours à l'hospitalisation, à l'enfermement, à l'isolement, dont on sait, depuis Esquirol, que parfois il est nécessaire pour apaiser.

Les proches ont souvent le sentiment que la question du corps « souffrant » du patient n'est pas prise en compte par le psychiatre, comme s'il traitait les troubles



psychiques sans voir le patient dans sa globalité.

Oui, même lorsqu'il y a des médecins à l'hôpital, il y a une grande difficulté de prise en charge du somatique pour un patient psychiatrique, et cela pour plusieurs raisons : du fait que le patient est psychiatrique, l'interrogatoire est souvent difficile, lui-même ne sait pas toujours bien parler de son corps, on ne fait pas toujours confiance à ce qu'il dit, tout cela reste à améliorer. Nous-autres médecins, toute spécialité confondue, désirons tellement que tout se passe bien que nous avons tendance à ne voir que l'efficacité thérapeutique d'un traitement et c'est bien pour cela qu'il est important que les proches nous aident à nous pencher davantage sur les effets indésirables.

Par ailleurs, il y a un réel problème du côté de la notice, qui mentionne une telle liste d'effets indésirables que l'on doit passer beaucoup de temps à en parler avec le patient.

Le premier effet indésirable du médicament est provoqué par son nom. Le passage du terme de « neuroleptique » à celui « d'antipsychotique » m'a paru très choquant, ainsi qu'à beaucoup de patients. « L'anti-psychotique » en réfère à un diagnostic. Or, donner un médicament pour soigner les troubles de l'humeur ne doit pas signifier forcément au patient qu'il est fou. De plus, le patient a l'impression que le médicament se positionne contre lui : je suis psychotique et ce médicament est antipsychotique donc anti-moi, ce qui le rend détestable. Je trouve cette réaction des patients tout à fait pertinente, d'autant que le psychanalyste ne considère pas la psychose de manière négative : la potentialité d'être psychotique existe chez beaucoup de gens, cela peut arriver et cela n'a rien de péjoratif. En effet, ce n'est pas parce que des médicaments agissent qu'il s'agit forcément d'une maladie, je dis souvent cela à mes patients. On sait bien que nombre de grands hommes, des chefs d'état, de grands scientifiques, nombre d'artistes, ont eu des épisodes rattachables à la psychose, et que génie et créativité ont un lien avec la bipolarité, comme le prouvent de nombreuses études. Ce qui pour moi ne va pas, c'est de parler de maladie lorsqu'il s'agit du génie humain...ou bien veut-on se diriger vers un monde de robots ?

Propos recueillis par Corinne Viennot.