

## Réponse à PSYCHOSE AU VINATIER – article en 2 parties de Guillaume LAMY paru dans le n° de mai 2018 de LYON CAPITALE

En réaction à l'article « PSYCHOSE AU VINATIER » de Guillaume LAMY paru dans le n° de mai 2018 de LYON CAPITALE, l'ensemble des médecins universitaires de psychiatrie de l'adulte de Lyon et de la région Auvergne-Rhône-Alpes a souhaité s'exprimer en concertation avec les délégations régionales de l'Union Nationale des Amis et Familles de personnes Malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), considérant que cet article portait atteinte à l'intérêt des usagers de la psychiatrie et de leurs proches. En effet, l'article véhicule de notre point de vue une stigmatisation des usagers de la psychiatrie et égrène un certain nombre de contre-vérités et de points-de-vues partiels dont certains peuvent induire le lecteur en erreur et dans lesquels nous ne reconnaissons pas la psychiatrie et ses usagers en 2018.

### **Stigmatisation des usagers**

Au travers de descriptions marquantes, l'article décrit les patients psychiatriques comme des personnes très diminuées qui bredouilleraient des incohérences. S'il est exact que des patients atteints de maladies psychiques sévères et résistantes peuvent être rencontrés dans les hôpitaux psychiatriques, il est réducteur et injustement stigmatisant pour l'immense majorité des usagers de laisser croire que ces états pathologiques extrêmes décrivent la réalité quotidienne des maladies psychiques en 2018. Toutes les personnes qui ont des problèmes de peau ne sont pas des grands-brûlés ; tous les malades du cœur ne sont pas des greffés du cœur en train de rejeter leur greffon ; toutes les personnes qui ont des problèmes de vue ne sont pas aveugles ; toutes les personnes atteintes d'un cancer ne sont pas incontinentes ou incapable de se lever. Il en existe assurément, mais nul n'oserait caricaturer ainsi la réalité de la dermatologie, de la cardiologie, de l'ophtalmologie ou de la cancérologie en 2018, tandis qu'il n'est pas rare de se livrer à des descriptions voyeuristes et offensantes pour les usagers et leur famille, dès lors qu'il est question de psychiatrie. Oui, en psychiatrie comme dans toutes les spécialités médicales, il existe des patients que la médecine de 2018 ne parvient pas encore à guérir et c'est précisément ce qui légitime d'accentuer les efforts de la recherche médicale. Mais en cela, la psychiatrie n'est en rien différente des autres spécialités.

### **Moyens budgétaires**

Nous rejoignons l'auteur de l'article et ses sources sur la nécessité d'une réflexion nationale visant à mieux rationaliser les moyens alloués à la santé. Comme les autres professionnels de la santé psychique, les universitaires demandent aussi une augmentation des budgets nationaux qui sont consacrés à la psychiatrie, car il est évident que notre spécialité est loin de recevoir les moyens qu'elle serait en droit d'espérer lorsque l'on fonde le rationnel sur le très grand nombre de ses usagers. Pourtant, le calcul du coût de la santé n'est pas simple parce qu'il repose sur des paramètres multiples, parfois difficiles à estimer et de surcroît évolutifs en fonction de l'efficacité croissantes des pratiques de soin. Quel est le nombre idéal de médecins ? D'infirmiers ? De lits ? De centres ambulatoires ? Et pour y faire quoi ? Pour y pratiquer quelle sorte de médecine ? Ces questions se posent dans toutes les spécialités médicales. Mais contrairement aux autres spécialités où les pratiques diagnostiques et thérapeutiques sont standardisées, la psychiatrie s'est longtemps référée à des modèles théoriques empiriques et non validés. Heureusement, comme dans tous les autres pays du Monde, la psychiatrie française se dégage peu à peu de cette longue histoire et une majorité croissante de professionnels contemporains accepte aujourd'hui de se tourner vers des méthodes de soin validées. Il n'en demeure pas moins que ce changement culturel prend du temps et que la psychiatrie française aurait besoin d'être positivement accompagnée par ses tutelles pour parachever cette importante mutation qui permettra d'offrir les meilleures chances de rétablissement aux patients. Parallèlement à l'évolution des modèles théoriques, nous assistons à une diminution régulière des besoins en hospitalisation à temps complet depuis les années 1960 ; bien que des considérations financières contribuent aussi à l'expliquer, cette tendance lourde nous apparaît surtout comme résultant d'une efficacité croissante des soins. Ce dont il y aurait lieu de se réjouir. Par ailleurs, les études épidémiologiques enseignent que les hospitalisations à temps complet doivent être les plus courtes possibles, parce que les hospitalisations de longue durée

compromettent les chances de rétablissement des patients. Pour toutes ces raisons, une majorité des usagers reçoit aujourd'hui des soins délivrés dans des dispositifs ambulatoires qui sont, par nature, moins coûteux que les services d'hospitalisation à temps complet. Cependant, tous les territoires de santé de la région AURA ne disposent pas encore de dispositifs ambulatoires suffisamment bien dimensionnés. Sur les territoires considérés, il conviendrait donc de développer ces structures avant de pouvoir réduire les moyens alloués à l'hospitalisation à temps complet.

### **Traitements médicamenteux**

Inversant les conséquences et les causes, l'article présente les médicaments psychotropes comme l'un des problèmes de la psychiatrie. Les médecins y auraient recours pour « assommer » les malades, notamment afin de suppléer un manque de moyens humains. Parmi les médicaments cités, passons sur le *Tardyferon*, un médicament sans aucun rapport avec la psychiatrie puisqu'il est utilisé pour soigner les carences en fer ; passons aussi sur le *Praxinor*, un médicament prescrit dans les affections cardio-vasculaires ; ou encore sur le *Gardéna*, un traitement de l'épilepsie non indiqué en psychiatrie ... Qu'est-ce que ces médicaments viennent faire dans un article consacré à la psychiatrie ? L'article délivrerait-il des informations insuffisamment vérifiées ? Ces détails interrogent sur la méconnaissance des réalités, voire sur le parti-pris généralement adopté par la presse dès lors qu'il est question de médicaments psychotropes. Les présenter comme des assommoirs ou comme des supplétifs, nous ramène à la question des connaissances médicales encore insuffisamment actualisées. En réalité, dans les maladies psychiatriques sévères, les médicaments psychotropes sont tout simplement indispensables pour améliorer l'état de santé et la qualité de vie des patients. Ils sont aussi indispensables que l'oxygène pour les insuffisants respiratoires, que les antiviraux pour les malades de l'hépatite ou que les antimitotiques chez les personnes atteintes d'un cancer. Dire le contraire revient une fois de plus à stigmatiser les usagers de la psychiatrie, comme si leurs maladies étaient moins vraies que celles des autres. Dire le contraire, c'est aussi ignorer, ou affecter d'ignorer, que les médicaments psychotropes visent à corriger les perturbations biologiques cérébrales qui sous-tendent les pathologies psychiques ; exactement comme le feraient des clefs qui viendraient ouvrir des serrures bloquées. Dire le contraire, c'est enfin insinuer que les médicaments psychotropes seraient prescrits aux patients sans raison fondée, au risque de les plonger dans le doute eux et leur famille ; et donc d'inciter les plus fragiles d'entre eux à renoncer à leur traitement, en leur faisant prendre le risque inutile d'aggraver la sévérité de leur maladie et d'assombrir définitivement leur pronostic au long cours en termes d'autonomie de vie. Lorsque l'ignorance vole au secours de la création d'un handicap médical, c'est la perte de chance qui triomphe. Et c'est l'éthique médicale qui est mise à mal. N'éludons pas, cependant, que dans un certain nombre de cas, les médicaments psychotropes ne sont pas prescrits correctement : c'est le cas quand on les additionne inutilement, quand leurs doses sont trop importantes ou quand ces doses sont mal réajustées aux progrès réguliers de l'état de santé des patients. Comme tous les médicaments, les psychotropes peuvent induire des effets indésirables, en particulier lorsqu'on les manie sans une réflexion approfondie qui doit intégrer les connaissances pharmacologiques accumulées à leur propos. Assurément, même si cela est peu fréquent, il arrive que des médecins psychiatres prescrivent des molécules à mauvais escient et surveillent mal les traitements de leurs patients ; tout comme il existe des peintres qui peignent mal ou des écrivains qui écrivent mal. Mais nul ne prétendra jamais qu'il faudrait pour cela renoncer aux couleurs et aux stylos. Tandis que lorsqu'il s'agit de psychiatrie, on s'autorise facilement à jeter les médicaments avec l'eau du bain. Afin de limiter au mieux les risques induits par les médicaments et maximiser au mieux leur efficacité thérapeutique, la formation médicale continue doit aider les psychiatres à bien connaître les règles de prescription qui, elles aussi, font l'objet d'une standardisation internationale qui est parfois mal respectée. A ce sujet, il faut rappeler que la littérature médicale internationale démontre sans ambiguïté qu'un traitement médicamenteux prescrit dans les règles de l'art et correctement suivi par l'utilisateur, est le moyen le plus efficace de limiter les rechutes et par conséquent le recours aux services d'urgences.

### **Urgences Psychiatriques**

Les Urgences Psychiatriques Rhône Métropole (UPRM) du Vinatier sont en crise. C'est un fait et un fait durable. Mais cela s'explique-t-il par un manque de moyens ? Répondre par l'affirmative

reviendrait à occulter qu'en 2015, à la demande des médecins, l'Agence Régionale de Santé a décidé de débloquer cinq millions cinq cent mille euros par an pour faire fonctionner ce service d'urgences psychiatriques parfaitement dimensionné aux besoins de la population de la Métropole de Lyon et du département du Rhône. Si l'UPRM fonctionne mal aujourd'hui, c'est pour des raisons complexes qui résultent pour partie de choix managériaux. Nous n'explorerons pas plus avant les raisons du malaise lyonnais parce que les signataires de ce texte ne sont pas tous lyonnais. Cependant, nous nous autoriserons une réflexion de portée plus générale : le taux d'engorgement des urgences n'est pas indépendant du nombre de lits psychiatriques d'aval qui sont disponibles à un instant T, c'est-à-dire de la Durée Moyenne d'Hospitalisation (DMH) à temps complet. Or, les Départements d'Information Médicale (DIM) constatent que la durée moyenne des séjours hospitaliers peut aller du simple au double d'un service psychiatrique à un autre au sein d'un même établissement régional ; sans que cela s'explique par l'accueil d'usagers dont les besoins de santé seraient visiblement différents, et sans que cela se traduise par des taux de réhospitalisation supérieurs chez les usagers qui ont été soignés dans les services qui pratiquent les hospitalisations les plus courtes. Bien évidemment, plus les séjours hospitaliers seront longs, moins il y aura de lits disponibles pour accueillir les nouveaux patients qui entrent sans discontinuer à l'hôpital via la porte des urgences ; avec pour résultat direct, une augmentation de leur engorgement. Cette réalité quotidienne est bien connue de tous mais fait rarement l'objet de questionnements collectifs, à l'échelle d'un établissement ; pas pour distribuer des bons ou des mauvais points, mais pour essayer de mieux comprendre les liens qui relient les méthodes de soin proposées, le nombre de lits disponibles, les moyens humains existants, le développement des dispositifs ambulatoires et l'accès des usagers à ces dispositifs qui – tout comme les urgences – peuvent aussi être confrontés à des phénomènes d'engorgement aux racines également complexes. Ces remarques n'épuisent assurément pas le sujet ; mais elles suffisent pour comprendre que les difficultés bien réelles constatées aux urgences psychiatriques de Lyon, et d'ailleurs, dépendent de paramètres multiples qui ne pourront certainement pas être résolus à coups de billets d'humeur.

Professeur Thierry d'AMATO  
Université Claude Bernard – Lyon

Professeur Thierry BOUGEROL  
Université Grenoble Alpes – Grenoble

Professeur Georges BROUSSE  
Université Clermont-Auvergne – Clermont-Ferrand

Docteur Caroline DEMILY  
Université Claude Bernard – Lyon

Professeur Eric FAKRA  
Université Jean Monnet – Saint Etienne

Professeur Nicolas FRANCK  
Université Claude Bernard – Lyon

Professeur Isabelle JALENQUES  
Université Clermont-Auvergne – Clermont-Ferrand

Professeur Pierre-Michel LLORCA  
Université Clermont-Auvergne – Clermont-Ferrand

Professeur Catherine MASSOUBRE  
Université Jean Monnet – Saint Etienne

Professeur Mircea POLOSAN  
Université Grenoble Alpes – Grenoble

Professeur Emmanuel POULET  
Université Claude Bernard – Lyon

Docteur Benjamin ROLLAND  
Université Claude Bernard – Lyon

Professeur Mohamed SAOUD  
Université Claude Bernard – Lyon

UNAFAM 69

UNAFAM Auvergne- Rhône-Alpes