

Éthique, promotion de la santé et psychiatrie

Marie-Odile Krebs,

psychiatre, professeure de psychiatrie, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), université de Paris, UMR 1266, Institut de psychiatrie (CNRS GDR 3557), Pôle hospitalo-universitaire évaluation, prévention et innovation thérapeutique (Pépit), Groupe hospitalier universitaire (GHU) Psychiatrie et Neurosciences, Paris, site Sainte-Anne.

Les maladies psychiatriques¹ concernent directement une personne sur quatre au cours de leur vie, et indirectement, si l'on considère les proches, les collègues de travail ou les amis, la quasi-totalité de la population. Si certaines questions éthiques sont régulièrement soulevées face aux pratiques de la psychiatrie, la réalité de terrain de ces maladies du cerveau soulève avant tout celle de l'accès aux soins et aux droits fondamentaux pour les personnes concernées.

Habiles à consentir ?

Les questions éthiques sur lesquelles les professionnels de la psychiatrie sont souvent interpellés sont centrées sur la question du consentement aux soins, de la possibilité de l'autodétermination des choix de vie, de la possibilité de pouvoir donner leur consentement pour participer à une étude clinique...

Un double écueil se dresse dans l'appréciation de la capacité à consentir : 1. La banalisation (« ça arrive à tout le monde d'avoir une déprime »), c'est-à-dire ne pas concevoir qu'une personne puisse ne plus être en mesure *transitoirement* de prendre la bonne décision pour elle (accepter



© Jeanette Gregori

un traitement ou une hospitalisation). 2. Inversement, dès lors qu'une personne serait atteinte d'un trouble sévère, de ne pas concevoir qu'elle soit en mesure de donner son consentement à des soins, ou pour participer à une recherche.

Dans les deux cas, la vision est fautive, car elle ne prend pas en compte la spécificité des troubles et surtout leur dynamique, avec des phases d'aggravation pouvant altérer le jugement, mais aussi d'amélioration, où les personnes retrouvent tout ou partie de leur discernement. En effet, contrairement à la perception commune, la plupart des maladies psychiatriques se soignent et permettent de retrouver son fonctionnement antérieur. Bien sûr, certains troubles sont plus sévères et chroniques, mais même dans ce cas, un rétablissement social, familial voire professionnel satisfaisant est accessible pour la plupart des patients (on parle d'une guérison fonctionnelle).

Dans tous les cas, les pratiques actuelles insistent sur la nécessité de l'information du patient et la prise en compte de ses préférences, sur les options thérapeutiques, les modalités de soins ainsi que l'éducation à la santé des personnes concernées (psychoéducation).

Une proposition intéressante est apparue ces derniers temps, celle des *directives anticipées*. Il s'agit de permettre avec la personne concernée de décider à l'avance d'un plan de crise et des personnes soutien à qui elle accorde sa confiance [1]. Une étude nationale en cours évalue les modalités optimales, mais ces directives visent juste en donnant sa place à la personne dans une prise de décision, même lorsque les conditions sont difficiles. Elle facilite également la prise de décision pour le professionnel qui peut s'appuyer sur cette prise de décision antérieure, faite en concertation et donc favorisant le maintien de l'alliance. Elle permet



© Jeannette Gengier

également de préparer la famille et les proches à anticiper cette situation et d'en parler avec la personne et avec l'équipe soignante. Si la mise en place de ces directives est relativement aisée pour des patients déjà engagés dans une prise en charge, elle est plus délicate (et pourtant tout aussi utile) pour des situations plus récentes ou moins tranchées, nécessitant d'évoquer le risque de crises.

Psychiatrie et prévention

La meilleure réponse serait évidemment que le système de soin puisse se donner tous les moyens pour prévenir les situations aiguës par une politique de prévention : prévention secondaire ou tertiaire pour les troubles diagnostiqués, et aussi prévention ciblée chez les personnes présentant les premières difficultés et même primaire en population générale.

En effet, comme dans d'autres registres de la médecine, la prévention et l'intervention précoce en

psychiatrie sont reconnues efficaces pour réduire le risque d'évolution vers un trouble constitué ou chronique, et pour diminuer la sévérité des troubles ainsi que ses complications secondaires (désinsertion, complications « somatiques »)[2].

Est-ce possible ? Si beaucoup reste à comprendre, les connaissances actuelles montrent que les troubles psychiatriques sont multifactoriels, et leur évolution en partie dépendante de facteurs de l'environnement, notamment toutes les situations de stress, de consommation de substances. Autant d'opportunités pour agir préventivement sur ces facteurs de risque et limiter l'évolution de la maladie. Ceci est d'autant plus essentiel que, si tous les âges de la vie sont touchés, les trois quarts des troubles psychiatriques débutent avant 25 ans et les troubles psychiatriques sont les principaux troubles pouvant entraîner un handicap entre 12 ans et 30 ans. Détecter tôt

pour accompagner les jeunes en difficulté est donc un gage de meilleur pronostic.

Cependant, comment promouvoir l'intervention précoce lorsque la reconnaissance de l'existence d'un trouble implique la stigmatisation de la personne et même son auto-stigmatisation ? Comment lutter contre la réticence de certains professionnels qui suggèrent que détecter un trouble trop tôt pourrait effrayer le jeune et son entourage ?

Pourquoi, même guéris ou bien stabilisés, les patients doivent-ils cacher leur maladie par crainte des conséquences sur leur travail, leur accès aux droits fondamentaux : soins, assurances, logement... ?

Un diagnostic de trouble schizophrénique ou de trouble bipolaire est associé à une perte d'espérance de vie de 15 ans, dans lesquels les suicides ont un poids certain mais minoritaire. Cette réduction d'espérance de vie est liée non seulement aux comorbidités et à une difficulté à accepter des soins somatiques, mais aussi à une difficulté de dialogue avec certains praticiens « somaticiens », menant à mettre sur le compte du trouble psychiatrique certains symptômes et entravant l'adhésion aux soins. Enfin, malheureusement, les options thérapeutiques proposées ne sont pas les mêmes pour des patients psychiatriques que pour l'ensemble des patients. L'étude randomisée de Druss en 2001 est en ce sens exemplaire, montrant que le pronostic d'un infarctus du myocarde dépend de la connaissance d'un antécédent psychiatrique (dépression, psychose), du fait d'une offre thérapeutique non optimale.

Intégrer les soins, accompagner la personne : les nouveaux paradigmes à promouvoir

Les soins en psychiatrie sont souvent réduits à la prise de médicaments. Ce n'est pas le cas, cela ne devrait pas être le cas. Tout pousse à mieux intégrer la santé mentale à la santé globale, à la promotion de la santé physique (nutrition, activité physique, sommeil, etc.) et à considérer l'ensemble des besoins. La question de la qualité de vie et du fonctionnement a supplanté celle de la simple réduction des symptômes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Maître E., Debien C., Nicaise P., Wyngaerden F., Le Galudec M., Genest P. *et al.* Advanced directives in psychiatry: A review of the qualitative literature, a state-of-the-art and viewpoints. *Encéphale*, septembre 2013, vol. 39, n° 4 : p. 244-251. doi: 10.1016/j.encep.2012.10.012.

[2] McDaid D., Park A.-L., Lemmi V., Adelaja B., Knapp M. *Growth in the use of early intervention for psychosis services: an opportunity to promote recovery amid concerns on health care sustainability.* Londres (G.-B.) Personal Social Services Research Unit, janvier 2016 : 69 p. En ligne : http://eprints.lse.ac.uk/65630/1/_lse.ac.uk_storage_LIBRARY_Secondary_libfile_shared_repository_Content_PSSRU_Growth%20in%20the%20use%20of%20early%20intervention_2016.pdf

Pour en savoir plus

- Oppetit A., Bourgin J., Martinez G., Kazes M., Mam-Lam-Fook C., Gaillard R. *et al.* The C'JAAD: a French team for early intervention in psychosis in Paris. *Early Intervention in Psychiatry*, avril 2018, vol. 12, n° 2 : p. 243-249. En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eip.12376>
- Firth J., Siddiqi N., Koyanagi A., Siskind D., Rosenbaum S., Galletly C. *et al.* The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet Psychiatry*, août 2019, vol. 6, n° 8 : p. 675-712. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/334500694_The_Lancet_Psychiatry_Commission_a_blueprint_for_protecting_physical_health_in_people_with_mental_illness
- Druss B. G., Bradford W. D., Rosenheck R. A., Radford M. J., Krumholz H. M. Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, juin 2001, vol. 58, n° 6 : p. 565-572. En ligne : <https://scholars.duke.edu/display/pub646661>
- Krebs M.-O. Maladies psychiatriques, maladies « mentales » ? : l'autre visage des neurosciences. In Hirsch E., Poulain B. (dirs). *Le Cerveau en lumières.* Paris : Éditions Odile Jacob, 2019 : 400 p.

Dès lors, la question de l'accompagnement vers l'autonomie, le logement, la reprise d'études, d'activité professionnelle, de vie sociale n'est plus accessoire. Elle est au centre des préoccupations des programmes d'intervention précoce : maintenir le jeune dans son « milieu » et empêcher son décrochage, préserver son environnement social, sa qualité de vie, sa trajectoire de vie. Retrouver une autonomie pour des patients atteints d'un trouble plus chronique sera essentiel et la « remédiation » des troubles cognitifs peut permettre de diminuer le handicap psychique.

La psychiatrie a-t-elle les moyens de ses ambitions ? À ce jour, pas suffisamment. En effet, l'accompagnement nécessite un investissement en temps humain, avec l'assurance d'un « bénéfice » humain, social et financier [2]. Un effort pour permettre une meilleure coordination des soins « intégrés » est nécessaire et pour replacer les soins psychiatriques au cœur de la santé.

L'expérience récente de la pandémie du Covid a en tout cas confirmé que les troubles psychiques sont au cœur des crises sanitaires, qu'il s'agisse de troubles anxieux, de deuils pathologiques, de syndromes post-traumatiques ou de *burn out*, mais aussi de complications neuropsychiatriques post-Covid (dépression, perte de motivation, fatigue chronique). Sans oublier l'impact de l'épidémie, du contexte anxigène, de la perturbation de l'accès aux soins pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques ou déjà fragilisées.

Conclusion

On questionne régulièrement le psychiatre sur l'éthique de son action face à des personnes vulnérables, qu'il s'agisse de soins ou de recherche. L'exercice quotidien nous amène en réalité à renverser le point de vue : serait-il éthique de ne pas prendre de telles décisions quand la vie et la santé de la personne en dépendent ? Ou de ne pas promouvoir l'intervention précoce, parce que détecter un trouble pourrait être stigmatisant lorsque le pronostic est transformé et donne l'espoir de limiter le handicap ? Ou d'écarter ces maladies de la recherche ? On voit ici que ce n'est pas le cas. ■

1. Voici un court résumé listant les principales maladies soignées en psychiatrie (réparties ici en cinq catégories): 1. Troubles anxieux, parmi lesquels les troubles obsessionnels et compulsifs, le trouble anxieux généralisé, les phobies (sociales et spécifiques). 2. Troubles de l'humeur, dont la dépression isolée, chronique ou récurrente et son opposé, l'état d'élation de l'humeur, dit « état maniaque », caractérisant un trouble bipolaire de l'humeur. 3. Troubles psychotiques aigus, secondaires ou non, ou chroniques, parmi lesquels les troubles schizo-phréniques ou la paranoïa, ou certaines formes frontières avec des troubles de l'humeur: troubles schizo-affectifs ou troubles bipolaires avec caractéristiques psychotiques. 4. Troubles addictifs, abus et dépendance de substances ou comportementaux (par ex. le jeu) et desquels on rapproche les troubles du comportement alimentaires (anorexie - boulimie) 5. Troubles du neurodéveloppement, comme les troubles autistiques ou certains troubles des apprentissages, souvent associés avec des pathologies psychiatriques. Il apparaît de plus en évident que les frontières entre ces catégories sont floues, avec une association de troubles, et aussi avec certains troubles neurologiques (par ex. maladie de Parkinson et dépression, démence fronto-temporale et troubles psychotiques).

ENJEUX SPÉCIFIQUES EN PÉRIODE DE COVID-19

La pandémie liée au SARS-CoV-2 a mis en lumière les enjeux spécifiques auxquels a été confrontée la communauté psychiatrique. Elle a exacerbé de nombreux facteurs de risque :

1. le stress lié à la crainte d'être infecté et de mourir, et à la distanciation des proches ;
2. le dérèglement immunitaire, facteur étiologique de certains troubles psychiatriques ;
3. le changement de rythme et les troubles du sommeil qui en résultent ; 4. la promiscuité qui a exacerbé conflits, consommations et violences dans certains foyers. Un double impact est à craindre : 1. Pour les personnes déjà suivies : l'accès à l'information ou aux outils numériques s'est avéré difficile pour certains, de même que l'accès aux soins somatiques avec une certaine perte de chance. 2. Pour l'ensemble de la population fragilisée par l'épidémie ou le confinement : deuil compliqué, émergence de troubles psychiques : près de 30 % de troubles anxieux ou dépressifs, et aussi troubles psychotiques ou addictifs, stress post-traumatique, *burn out*, tentatives de suicide.