

## **Quelle attention est accordée aux problèmes médicaux des personnes souffrant de maladies mentales ?**

La question est ancienne et a fait l'objet de débats souvent guidés par des arguments idéologiques excessifs et rarement centrés sur les besoins de la personne malade. Aujourd'hui, il n'y a toujours pas de réponse satisfaisante : qui, où et comment les soins médicaux pour les personnes souffrant d'une maladie mentale de longue durée devraient être fournis ?

La pandémie que le monde tente de résoudre a, à ce jour, tué environ 400 000 personnes et près de 7 millions d'individus ont été infectés dans 213 pays. Le tableau clinique déclenche un syndrome respiratoire aigu plus ou moins complexe et, bien qu'il touche tout le monde de la même manière, certaines personnes sont plus exposées. Les personnes ayant des antécédents cliniques, tels que la vieillesse, des antécédents médicaux ou psychiatriques et vivant dans des communautés ou des institutions résidentielles, sont plus à risque.

Si nous revenons un peu en arrière, nous nous souviendrons tous du mouvement de désinstitutionalisation de la maladie mentale dans les années 1980 et 1990, qui avait pour idée centrale la fermeture des grandes institutions psychiatriques et l'insertion de la personne atteinte de maladie mentale dans la communauté. Dans le cadre de ce concept, la personne souffrant d'une maladie mentale doit de préférence recourir aux soins primaires afin que les médecins généralistes puissent la traiter pour tous ses problèmes de santé.

La personne souffrant d'une maladie mentale de longue durée ne peut pas être traitée pour ses problèmes de santé dans le modèle de soins primaires, qui est très orienté vers le traitement des maladies chroniques non compliquées et vers la prévention primaire et secondaire, a un principe de gestion axé sur les résultats et l'évaluation des services est exclusivement quantitative. Ce qui s'est passé au fil des années est quelque chose que beaucoup ont vu et reconnu, mais c'est une question qui n'a pas encore été débattue et qui doit être corrigée.

La réalité de la pandémie n'a fait que remettre au jour ce que nous savions déjà :

- traiter une personne souffrant de maladie mentale pour un diabète ou une hypertension n'est pas la même chose que traiter la même maladie chez une personne sans maladie mentale ;
- Cette réalité est d'autant plus critique que les patients vieillissent, que la perte cognitive est plus grave et que l'autonomie, précédemment affectée, est encore plus limitée ; le patient n'est donc pas en mesure de suivre les directives d'autoprotection ;
- lorsque les personnes atteintes de maladies mentales vivent dans des structures résidentielles, elles ne disposent souvent pas d'un équipement suffisant pour traiter les maladies organiques et il y a peu d'investissement dans la qualité technique des soins médicaux dans le cadre de la médecine générale ;
- lorsque ces personnes vivent dans la communauté, en raison de leur histoire de maladie et de leur propre vie, elles ont toujours d'autres pathologies cardiovasculaires, cardiorespiratoires et

endocriniennes et, en même temps, elles ont moins de ressources dans tous les domaines : familial, financier et même communautaire. En d'autres termes, ils sont encore plus seuls !

Cela remet en question le modèle existant pour la plupart des unités résidentielles pour personnes atteintes de maladies mentales, conçues conformément à la réglementation en vigueur, avec peu d'investissements en équipements techniques, notamment dans le domaine de la médecine.

Négliger cela revient à nier la maladie mentale, sa nature et son dommage total avec ses conditions et ses conséquences et, surtout, à ne pas mettre la personne atteinte de maladie mentale au centre du processus décisionnel.

Auteur :

**Dr. Lurdes Santos**

Diplôme de médecine de la faculté de médecine de l'université de Porto.

Spécialiste en psychiatrie.

Conseillère clinique de la Province du Portugal des Sœurs Hospitalières.