

Les dernières tendances avec le 3^e millénaire

LES DERNIERES TENDANCES AVEC LE 3^E MILLENAIRE

Le développement intense de l'arsenal législatif corrèle à l'apparition du terme de SANTÉ MENTALE.
Le renouvellement de la psychopharmacologie avec les antipsychotiques atypiques et les antidépresseurs sérotoninergiques.

L'évolution de la législation

En 1990, se produit une modification sémantique dont la portée ne sera pas négligeable pour les années à venir en psychiatrie, pour l'évolution à moyen terme de la discipline.

On note, en effet,

- d'une part des courants tendant à rapprocher la psychiatrie de la médecine et à élaborer des législations visant à l'intégration des services de psychiatrie au sein des hôpitaux généraux ;
- d'autre part, la première démarche visant à modifier l'appellation de psychiatrie et à lui substituer le terme de santé mentale. Il s'agit d'une reprise d'un terme ancien qui figurait déjà dans la circulaire de secteur du 15 mars 1960. A l'époque, ce terme était en lien avec la pathologie psychiatrique lourde. Elle visait à montrer et à démontrer que même les grandes pathologies ne devaient pas inspirer de résignation mais au contraire, avec une modification de la prise en charge, étaient susceptibles d'évolution vers un sens plus favorable, permettant de retrouver un certain équilibre dans le fonctionnement psychique. Ce terme était également associé aux structures dites " dispensaires de santé mentale " ; ce qui, dans l'esprit, permettait d'alléger l'impact du mot " psychiatrie ", qui faisait toujours peur et avait une nette connotation négative.

En 1990, l'esprit s'est modifié. Le contenu du terme " santé mentale " vise cette fois à permettre une extension des interventions en psychiatrie vers les problèmes médico-sociaux, vers les problèmes d'adaptation, vers les problèmes de réaction dans les situations de stress, actions qui étaient déjà très développées dans le monde anglo-saxon.

La matérialisation de ces différentes initiatives se traduit dans les textes qui vont se succéder tout au long de la décennie 1990.

◇ Le rapport MASSE en 1992, qui procède à une longue étude sur la diversification des prises en charge en psychiatrie sur le territoire français. Il insiste beaucoup sur la disparité énorme existant entre les moyens en psychiatrie dans les différents départements.

Il souligne l'essoufflement du dispositif de secteur ainsi que le manque de dynamisme de certaines structures hospitalières psychiatriques classiques. Il préconise donc de recentrer la psychiatrie sur l'hôpital général, lui redonnant sa dimension médicale qu'elle avait perdue depuis les années d'après-guerre, emportée par l'élan du secteur.

Par ailleurs, il fait une analyse rigoureuse des différentes inadéquations existant dans les hôpitaux psychiatriques et selon lui, devant déboucher sur la création de structures médico-sociales dont un des membres de son équipe de mission de santé mentale est un pionnier.

La conséquence du rapport MASSE ne sera pas négligeable puisqu'elle entraînera la création de nombreuses structures en aval des structures psychiatriques, et dont les effectifs seront en grande partie constitués par des anciens malades psychiatriques et des personnes atteintes de troubles de type Alzheimer. Cela entraînera également la création de foyers à double tarification et la mise en place de structures médico-sociales de secteur pour accueillir les patients, âgés de moins de soixante ans, en particulier les patients venus des services de psychiatrie ayant atteint l'âge adulte et n'ayant pu acquérir l'autonomie suffisante pour assurer leur propre autonomie.

Enfin, le fer de lance de la circulaire est l'ébauche de l'organisation du soutien psychiatrique au sein des hôpitaux généraux, qui fera, plus tard, l'objet d'une circulaire spécifique.

◇ En 1992, mise en place du tronc commun de formation des infirmiers, disparition du diplôme d'infirmier en psychiatrie. Cette révolution est, au départ, sous-tendue par l'obligation d'une uniformisation des différents diplômes au sein de la communauté européenne. Elle met fin à l'exception française qui, pendant longtemps, a soutenu et défendu la formation spécifique des personnels soignants en psychiatrie par les soins des services de psychiatrie et des hôpitaux psychiatriques.

◇ La circulaire du 30 juillet 1992 organise le soutien psychiatrique au sein des services d'urgence des hôpitaux généraux. Elle sera complétée par plusieurs décrets dans les trois années suivantes. Elle préconise l'installation d'équipes permanentes de psychiatrie composées de médecins psychiatres et infirmiers psychiatriques, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, permettant d'apporter sur le terrain où se concentrent de nombreux problèmes somatiques, somato-psychiques et psychiques, une équipe professionnellement formée à la réponse à ces problèmes délicats et cela dans le cadre court des interventions au sein des services d'Urgence.

◇ La circulaire préconise également la mise en place de trois lits destinés à recevoir les patients, sur des périodes courtes de 72 heures, dont l'état ne justifie pas d'un retour au domicile et qui, par ailleurs, ne peuvent guère être orientés, en première intention, vers un hôpital psychiatrique.

◇ 1993 est l'année où sont définis les soins dispensés en milieu pénitentiaire par les établissements publics de santé.

◇ 1995 ; année législative fournie où apparaissent le code de déontologie médicale et la charte du patient hospitalisé.

◇ 28 mai 1997, une circulaire demande la création d'un réseau national de cellules d'Urgence médico-psychologiques. Cette création fait suite à différents incidents et événements, en particulier attentats survenus en région parisienne en 1996. Cette circulaire reprend les idées du Professeur Louis CROCQ, qui avait depuis longtemps mis en place une consultation d'aide aux victimes de chocs et d'agressions psychiques (stress post-traumatique cher aux anglo-saxons), au sein de l'hôpital St Antoine à Paris. Il reprend une partie des idées des interventions, qui existaient déjà au niveau du Service de Santé des Armées, et notamment l'Armée Israélienne, qui avait constaté lors des différentes interventions précédentes, en particulier lors de la guerre des six jours, la gravité des stress psychologiques sur les membres des unités combattantes. Ces actions et interventions à chaud avaient alors été défendues pour permettre de neutraliser ces états, qui non seulement entraînent dans l'immédiat une paralysie annulant les capacités combattantes du soldat mais qui ont par ailleurs, si elles ne sont pas écoutées et prises en charge, des incidences sur certaines personnalités vulnérables et fragiles dans les années qui vont suivre, pouvant être à l'origine de troubles psychopathologiques et en particulier, d'états névrotiques sévères.

Cette circulaire donna au terme " débriefing " une popularité assez insoupçonnée, le " débriefing " étant la verbalisation de l'expression émotionnelle en groupe.

◇ Le rapport PIEHL et ROELAND en 2001 prend acte du passage de la psychiatrie à la santé mentale et développe les actions psychiatriques en milieu carcéral, à l'hôpital général, sur certaines populations : toxicomanies, SIDA, maladies psychosomatiques. Il maintient l'objectif de la diminution des lits et du développement des places dans les structures alternatives à l'hospitalisation.

◇ Le rapport CLERY MELIN, V. KOVESH, J.C. PASCAL, plans d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, en septembre 2003, s'efforce de recaler la psychiatrie vers les actions de secteur.

◇ La loi du 4 mars 2002 nécessite qu'en soient rappelés les grands axes :

- Solidarité envers les personnes handicapées
- Développement de la démocratie sanitaire
 - proclamer les droits des patients
 - rééquilibrer la relation soignant – soigné
 - mettre en place la participation des usagers
 - obligation faite aux médecins de délivrer une information préalable.
- Améliorer la qualité du système de santé, créer des procédures de contrôle des professionnels
- Réparer les conséquences des risques sanitaires, favoriser le règlement amiable des litiges, améliorer les procédures, indemniser l'aléa thérapeutique.

Le législateur tend, ces dernières années, à indiquer aux personnels soignants comment ils doivent travailler, inversion complète des attitudes passées lorsque les professionnels définissaient leurs besoins aux décideurs politiques.

La psychiatrie apparaît alors basculer insensiblement dans un autre champ, avec une obligation progressive d'accueillir tous ceux qui ne sont pas dans les normes, les exclus qui dérangent. La menace est de faire de nouveau de la psychiatrie un outil de normalisation sociale.

Le puissant retour de la psychopharmacologie

C'est par un terme malheureux, " antipsychotique ", qu'ont été introduits des produits dits psychotropes atypiques, destinés à se substituer aux neuroleptiques introduits depuis les années 50.

Les deux points forts de cette nouvelle gamme sont une meilleure action sur les symptômes négatifs de la schizophrénie et une diminution des effets extra-pyramidaux. Une prescription en monothérapie est également très souhaitée.

Le précurseur de cette famille est l'amisulpride (SOLIAN ®) introduit dès 1986.

Mais, la vraie révolution ne vient qu'à l'approche de la fin du XXème siècle avec la rispéridone (RISPERDAL ®) en octobre 1995, puis l'olanzapine (ZYPREXA ®) en juin 1999.

Les études tendent à démontrer une excellente tolérance, un meilleur confort de traitement permettant d'optimiser la compliance. L'efficacité serait également meilleure bien que l'action sur les troubles du comportement et l'agitation reste peu convaincante.

De nouveaux produits sont annoncés pour les années à venir. 2004 verra apparaître l'aripiprazole (ABILIFY ®) aux effets secondaires encore moindres, en particulier sur les fonctions cognitives et la prise de poids.

Les antidépresseurs

Le nombre des antidépresseurs a explosé depuis la mise sur le marché de la famille des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et la fameuse fluoxétine (PROZAC ®).

Leur prescription a été décuplée au point de banaliser et le traitement et le concept même de la dépression, qui s'appauvrit de son contenu sémiologique et tend à se confondre avec le sentiment de tristesse que les psychiatres ont toujours voulu éviter de confondre avec la maladie dépressive.

Plus récemment, quelques produits à la fois dopaminergiques et sérotoninergiques ont fait leur percée, avec un moindre succès : venlafaxine (EFFEXOR ®), mirtazapine (NORSET ®). Le déclin des IMAO s'est confirmé.