

Les évolutions du cadre réglementaire

LES EVOLUTIONS DU CADRE REGLEMENTAIRE

La Loi de 1838

Deux des principaux élèves de PINEL, novateur de talent de la psychiatrie sous la Révolution, le toulousain ESQUIROL (1772- 1840) et le briançonnais FERRUS (1784 - 1861) sont à l'origine de la fameuse loi de 1838 qui organise l'hospitalisation dans les établissements publics et privés, la protection des malades et de leurs biens.

Cette loi, promulguée le 30 juin 1838, sous la monarchie de juillet devait régler pendant plus de cent cinquante années, le sort des malades mentaux, sa réformation complète étant intervenue par la loi du 27 Juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Largement inspirée des idéaux philanthropiques et humanistes du XVIIIème siècle, elle modélisait l'organisation de la psychiatrie en France suivant plusieurs directions.

- Créant les conditions décentes d'accueil et de soins des malades mentaux, en imposant à chaque département l'organisation et la charge financière de structures de soins pour malades mentaux : les asiles d'aliénés.
- Mettant en place des mesures de protection sociale contre les risques que faisaient courir dans certains cas les aliénés à la population générale.
- Réglementant de façon précise les circonstances dans lesquelles un citoyen pouvait être, contre son gré, enfermé dans un asile d'aliénés et les mesures légales de protection de la personne, tant en ce qui concerne les biens que sa liberté individuelle.

Cette loi se proposait donc de mettre définitivement fin aux pratiques barbares de traitement de la maladie mentale qui prévalèrent jusqu'alors.

L'éclairage de l'histoire apporte à ce propos son lot de témoignages pour l'édification du profane. Au fil des temps, voués aux bûchers de l'inquisition, les fous, quand ils n'étaient pas séquestrés dans leur famille dans des conditions souvent abominables, furent soit reclus dans les réduits infects des hôpitaux généraux ou des prisons, soit livrés à eux-mêmes et servaient de jouets aux enfants, voire aux adultes, de leur localité.

Moqués, ridiculisés par la population, les fous constituaient une caste touchée d'une indignité. Certains lieux qui hébergeaient des malades mentaux faisaient même office de "jardins zoologiques" où l'on pouvait voir des fous moyennant le paiement d'une certaine somme d'argent aux geôliers.

D'aucuns prétendront, sans doute à plus ou moins juste titre, que la loi répondait, dans l'esprit du législateur de 1838 et, au-delà de son humanisme profond, à une logique que l'on qualifierait de jour de purement "sécuritaire" protégeant le corps social des effets déstabilisateurs du trouble social occasionné par la folie.

Au nombre des bénéfices fondamentaux sur lesquels on n'insiste jamais assez, qui non seulement ont résisté à l'usure du temps et aux vicissitudes des conflits idéologiques et de pouvoir, il faut considérer la légitimité acquise par la médecine dans le traitement de la maladie mentale.

La reconnaissance légale du médecin et de la discipline psychiatrique, qualifiée alors de science aliéniste en qualité de décideur responsable du fonctionnement médical du service, revêt une portée capitale.

Le médecin aliéniste, de par ses qualités d'homme de savoir avec la déontologie de la profession, ont en effet reconnu au malade mental le droit aux soins de qualité dans la plénitude de la dignité humaine.

Originellement conçue comme modèle thérapeutique imposé au patient par la contrainte légale basée sur l'isolement de l'individu à l'asile (l'asile étant ici entendu, selon son étymologie, comme un lieu sécurisant à l'abri des dangers et des persécutions, soustrayant le malade aux influences pathogènes de son milieu naturel), cette organisation, répondant sans doute aux nécessités de l'époque, faisait de l'hôpital psychiatrique public un lieu carcéral à vocation restreinte, inadapté à l'exécution d'une mission de service public de santé mentale.

L'internement, longtemps modalité d'admission exclusive et par conséquent aux soins spécialisés, outre les privations de liberté abusives qu'il générait comportait une dimension infamante pour les malades et leur famille de par le régime de l'interdiction.

La complexité et la sensibilité de la problématique ont fait que la plupart des adaptations de la loi ont été réalisées par voie réglementaire sous la pression militante des professionnels de la santé mentale.

C'est ainsi que la transformation de l'asile en hôpital ouvert instituée par les circulaires du 13 octobre 1937 et du 2 septembre 1946, vivement encouragée à plusieurs reprises par la suite par les pouvoirs publics, remonte à l'initiative prise à Sainte-Anne en 1922 par le Docteur ROUSSELLE.

Mais, c'est en fait la circulaire du 15 mars 1960 qui devait donner une impulsion décisive à l'évolution du paysage de la psychiatrie en France. Ses objectifs réactivés par la circulaire du 14 mars 1990 ont fait voler en éclats l'asile.

Le traitement précoce du malade dans son cadre de vie naturel par une équipe de secteur pluridisciplinaire médicale et soignante spécialisée devient le credo de la pratique.

Il faut préciser que l'internement, mode exclusif d'accès aux soins psychiatriques s'est considérablement raréfié : plus de 80% des malades s'adressent actuellement librement à l'hôpital psychiatrique pour y recevoir les soins que nécessite leur état.

Cette loi qui constitue bien l'acte fondateur et le ferment du développement du système français de traitement de la maladie mentale n'en a pas moins subi les atteintes de l'évolution de la pratique psychiatrique induites par les progrès de la science médicale et la révolution des sciences humaines.

Cette organisation, généreuse dans ses principes et ses intentions, n'allait pas résister à l'épreuve aux faits. Le mécanisme de l'asile a secrété ses propres perversions institué en société parallèle induisant la désinsertion chronique des patients à la société civile et compromettant ainsi leur chance de guérison et de restauration des facultés pour une réintégration au sein de la société.

La complexité et la sensibilité de la problématique ont fait que, dans un premier temps, les adaptations n'ont été réalisées que sur des initiatives isolées, ensuite généralisées par incitation du pouvoir réglementaire.

La législation s'est bien souvent contentée de légaliser les pratiques ayant déjà fait leur preuve.

C'est notamment le cas de la loi de 1985 légalisant le secteur psychiatrique et de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Seule la loi du 3 janvier 1968 a considérablement modifié le droit s'appliquant aux incapables majeurs en substituant au régime inique et infamant de l'interdiction, une panoplie de formules de protection.

Ce n'est donc que très tardivement que le législateur a pris en compte la nécessité d'adapter la loi de 1838.

Cette loi s'analyse comme un dispositif complet permettant de mettre fin aux abus de la loi de 1838 et plus grave des abus résultant du vide juridique existant alors, (en effet seuls les malades internés bénéficiaient d'un régime de protection).

Le point d'orgue du dispositif législatif revient naturellement à la loi du 27 juin 1990 qui assure une protection optimale des droits de l'individu notamment au niveau des garanties relatives à la liberté individuelle en lui permettant de saisir de sa propre initiative et directement le juge garant de l'application du droit.

Les seules dispositions de la loi de 1838 reprises par la loi de 1990 concernent les placements sans consentement qui y sont repris avec des garanties optimales individuelles de protection des libertés.

Les régimes de protection

La Sauvegarde de Justice

La personne protégée conserve l'exercice des droits civils et civiques, est capable de faire des actes juridiques mais est incapable de se léser car elle est protégée par action en rescision pour lésion et en réduction pour excès.

Cette mesure est légère, d'une durée limitée, elle est adaptée dans les situations d'urgence, dans l'attente d'une protection plus poussée et également lorsque l'altération des facultés du malade apparaît devoir être relativement brève.

La sauvegarde est le plus souvent ouverte par déclaration du médecin traitant au Procureur de la République. Elle peut être aussi mise en place par décision judiciaire lors d'une procédure de mise sous tutelle ou curatelle pour la durée de l'instance.

La tutelle

C'est le régime de protection le plus complet, où la personne a besoin d'être représentée d'une manière continue dans les actes de la vie civile. La personne sous tutelle perd ses droits civils et politiques. La tutelle est indiquée dans les formes d'altération graves et durables des facultés mentales et corporelles.

Elle est ouverte par le Juge des Tutelles, sur constatation de l'altération des facultés par un spécialiste et après audition de l'intéressé et avis du médecin traitant. La tutelle peut être aménagée en fonction des capacités et de l'évolution du malade.

La curatelle

C'est un régime de protection intermédiaire entre la Tutelle et la Sauvegarde de Justice. Ce régime vise la protection des sujets dont les facultés mentales ou corporelles sont altérées et qui ont besoin d'être conseillés et contrôlés dans les actes de la vie civile

La procédure est identique à celle de la Tutelle.

Ce régime a l'intérêt de susciter la participation du malade à la gestion de ses biens et il vise les patients dont on pense qu'ils peuvent être améliorés par les efforts que demande la vie réelle.

Rappel historique de la pratique de secteur (en Psychiatrie Générale)

L'ouverture du C.HS CHARCOT, en 1971, a coïncidé avec la mise en œuvre de nombreuses mesures ministérielles, en vue d'améliorer le dispositif de lutte contre les maladies mentales et surtout avec la mise en place progressive des structures de sectorisation psychiatrique.

Les structures, définissant la politique de secteur et définies par la circulaire du 15 mars 1960, ont été le résultat d'une remise en cause idéologique du système hospitalier traditionnel et arbitraire (asilaire), basé sur l'isolement du malade mental dans un système d'internement qui l'éloignait d'un cadre de vie qui lui était so-disant nocif.

La prise de conscience de cette aliénation, tant des malades mentaux que de l'institution psychiatrique, a donné lieu à la création de méthodes thérapeutiques nouvelles et a permis d'améliorer les conditions de vie des malades hospitalisés : de réduire les durées d'hospitalisation et, dans de nombreux cas, de permettre une progressive réinsertion dans leur milieu familial et socio-professionnel.

La notion de secteur, qui, à son origine, n'était pas spécifique à la psychiatrie -bien que ce soit dans ce domaine qu'elle ait été la plus élaborée sur le plan théorique-, s'est imposée à la politique nationale de la santé dès les débuts des années 50, en application des ordonnances de 1945, et fut effectivement instituée par la circulaire du 15 mars 1960, qui a posé le principe d'une action sanitaire "hors les murs".

L'organisation de l'activité sanitaire en secteurs

Le secteur constitue la base du service public destiné à la demande de soins de la population qui y réside. C'est donc, tout d'abord, une aire géographique tenant compte des conditions démographiques à l'intérieur de laquelle est organisée la distribution des soins psychiatriques aux malades qui en ont besoin. Ceux-ci sont soit des consultants externes, soit des hospitalisés dans les hôpitaux généraux ou dans les hôpitaux psychiatriques, ou dans les hospices, ou dans tous les autres établissements (Circulaire n°431 du 14 Mars 1972, J.O. 21 Avril 1972 - B.O.S.P.n° 83.2 bis, p 32).

Il visait à une meilleure coordination et planification des activités diversifiées de prévention médico-sociale et venait à la rencontre d'une volonté de réforme du système psychiatrique chez bon nombre de psychiatres, MM. DAUMEZON, BONNAFE, MIGNOT, BOUQUEREL, KOECHLIN ... dont la réflexion a permis de définir un

itinéraire thérapeutique cohérent et intégré dans la société, comprenant : la prévention, le dépistage, la pré-cure, l'hospitalisation, la post-cure et la réadaptation.

L'organisation de la politique sectorielle s'articulera selon un double objectif :

- "Eviter la désadaptation qui entraîne l'éloignement du malade de son milieu naturel" (Circulaire n° 431 du 14 mars 1972, op. cit p. 32)
- "Entreprendre les soins des malades mentaux à un stade plus précoce, avec des plus grandes chances de succès, et apporter aux anciens malades un appui médico-social efficace leur évitant des récurrences". (Circulaire du 15 mars 1960, ch. III - p.9)

Ce qui est convenu d'appeler la prévention, les soins ambulatoires et la post-cure.

Cette politique sectorielle, "à double polarité", structurée dans un schéma intra et extra-hospitalier, ouverte sur la cité, intégrée dans la communauté, privilégiant les traitements ambulatoires et le maintien des malades dans le tissu social normal (tout en n'excluant pas l'hospitalisation du patient quand elle est nécessaire) est entrée dans sa phase de développement effectif à partir de 1972.

Sa mise en application, basée sur la circulaire de 1960 et précisée par les textes de 1972 et 1974, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements, à leur règlement et à la définition et structure de l'équipe médico-sociale pluridisciplinaire de secteur, s'est énormément diversifiée au fil des années, tout d'abord pour lui permettre de répondre aux besoins souvent très différents de la clientèle psychiatrique, et puis en fonction d'un certain nombre de paramètres qui tiennent :

- à l'étendue du secteur géographique d'intervention
- à la concentration ou la dispersion de la population
- à l'équipement sanitaire du département
- au marché et aux conditions de travail
- au panorama social, économique et socio-culturel de la région.

L'évolution du développement des structures et les modalités de fonctionnement des équipes de secteur ont ainsi atteint des stades et des rythmes divers selon les départements et les secteurs eux-mêmes.

Moyens logistiques d'intervention :

L'organisation des moyens d'intervention comporte des structures de prévention et de soins :

Ambulatoires : les dispensaires d'hygiène mentale, les Centres de Santé mentale (C.M.P.), l'intervention à domicile et le placement familial thérapeutique.

Des structures alternatives à l'hospitalisation, qui ont pour objectif la réinsertion sociale et la réhabilitation:

- les centres de post-cure
- les appartements thérapeutiques
- les clubs thérapeutiques extra-hospitaliers
- les centres de jour.

Des services d'hospitalisation psychiatrique à séjour continu ou partiel.

L'hospitalisation à séjour continu dans les hôpitaux spécialisés en psychiatrie reste la forme la plus classique de prise en charge des malades mentaux.

On constate cependant un net recul de ce mode de prise en charge, qui s'explique en partie par le développement de la politique de sectorisation, mais un effort important reste à faire pour intégrer pleinement cette modalité de prise en charge dans l'activité de secteur.

La sectorisation psychiatrique ne doit pas être utilisée comme une politique d'alternative à l'hospitalisation, elle fait partie intégrante des moyens d'intervention du secteur, même si ces moyens doivent être limités et utilisés comme recours lorsque les soins ambulatoires se sont avérés insuffisants ou inadaptés. La loi du 31

décembre 1985 ayant fusionné les dépenses hospitalières avec celles des activités de secteur, les textes réglementaires de 1986, qui ont donné un corps juridique à toutes les innovations en politique sectorielle, marquent bien l'évolution importante et irrésistible d'un système de soins qui est passé, en trente ans, de l'hospitalo-centrisme le plus absolu à un système ouvert et communautaire.

L'organisation technique de ces moyens d'intervention n'a fait l'objet d'une réglementation spécifique que depuis le décret du 14 mars 1986 (décret n° 86.602 - J.O. 19 mars 1986). Jusqu'alors seules les circulaires de 1960, et surtout celle de 1974, avaient défini l'esprit dans lequel devait être organisé et développé le dispositif extra-hospitalier, mettant l'accent sur deux points essentiels :

- l'autonomie et la souplesse d'intervention et d'orientation dont doit pouvoir bénéficier l'équipe médico-sociale.
- la possibilité de choix entre les différents moyens logistiques d'intervention.

Ces circulaires recommandaient en outre que soient menées des expériences variées, afin de mieux définir les structures adaptées aux besoins des divers types sectoriels : urbains, ruraux ou mixtes. Ce fut donc souvent, par des initiatives personnelles des équipes de secteurs que ces moyens logistiques d'intervention se sont développés et adaptés : le décret du 14 mars 1986 est venu préciser l'organisation technique, la nature et la responsabilité des établissements de soins assurant le service public hospitalier, en les différenciant selon qu'ils comportent ou non des possibilités d'hébergement.

Services ne comportant pas de possibilités d'hébergement :

- Les Centres médico-psychologiques sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires, et d'interventions à domicile. Ils peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique.
- Les Centres d'accueil permanents sont des centres médico-psychologiques habilités à répondre à l'urgence psychiatrique, ouverts vingt quatre heures sur vingt quatre, disposant notamment d'une permanence téléphonique reliée avec les organismes d'aide médicale urgente et organisant l'accueil, l'orientation et, le cas échéant, les soins d'urgence ambulatoires et à domicile nécessaires. Ces centres peuvent comporter quelques lits pour des prises en charge ne pouvant dépasser quarante huit heures.
- Les hôpitaux de jour assurent des soins polyvalents individualisés et intensifs prodigués dans la journée, le cas échéant à temps partiel.
- Les ateliers thérapeutiques utilisent des techniques de soins particulières, groupes ergothérapeutiques notamment, en vue du réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale.
- Les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel visent à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe.
- Les Services d'hospitalisation à domicile organisent des prises en charge thérapeutiques à domicile, associées, s'il y a lieu, à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du patient.

Services comportant des possibilités d'hébergement :

- Des unités d'hospitalisation à temps complet
- Des centres de crise et d'accueil permanents comportant quelques lits pour assurer des prises en charge intensives et répondre aux situations d'urgence.
- Des hôpitaux de nuit avec surveillance médicale.
- Des appartements thérapeutiques à visée de réinsertion sociale, fonctionnant pour des durées limitées et nécessitant une présence partielle sinon continue du personnel soignant.
- Des centres de post-cure : unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome.

- Des placements familiaux thérapeutiques qui organisent le traitement des malades mentaux de tous âges, placés dans des familles d'accueil, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible.

La circulaire du 14 mars 1990 conforte la politique de secteur et définit des axes prioritaires :

- Prise en charge des adolescents
- Prise en charge des personnes âgées
- Optimisation des moyens (structures intersectorielles, coopération accrue).

Dernières tendances avec le 3ème millénaire

- 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 CROCCQ, 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. KOVESS, 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.