

NERVURE

JOURNAL DE PSYCHIATRIE

www.nervure-psy.com

ISSN 0988-4068
n° 4 - Tome XVIII - Mai 2005
Tirage : 15 000 exemplaires

Directeur de la Publication et de la Rédaction : G. Massé
Rédacteur en chef : F. Caroli
Rédaction : Hôpital Sainte-Anne,
1 rue Cabanis - 75014 Paris
Tél. 01 45 65 83 09 - Fax 01 45 65 87 40

Abonnements :
54 bd La Tour Maubourg - 75007 Paris
Tél. 01 45 50 23 08 - Fax 01 45 55 60 80
Prix au numéro : 9,15 €
E-mail : info@nervure-psy.com

■ EDITORIAL

G. Massé

La fin d'un cycle de désinstitutionnalisation



Si l'on tente de comprendre les déterminants de la crise actuelle on ne peut qu'être frappé par les dissemblances et les similitudes qui ont affecté la situation française, si on la compare à celle des pays développés pendant la même période. La fin de la deuxième guerre mondiale, la sensibilité à l'expérience concentrationnaire et aux droits de l'homme, un regard critique sur l'hospitalisation psychiatrique telle qu'elle était pratiquée à l'époque, l'avènement des psychotropes, l'émergence de mouvements de consommateurs usagers et la contrainte budgétaire, ont plongé la psychiatrie de la plupart des pays développés dans une évolution que la littérature internationale appelle, dans une référence anglo-saxonne, processus de désinstitutionnalisation, c'est-à-dire une organisation des soins et des services qui passe moins par l'hospitalisation, davantage par des interventions qui favorisent le maintien du patient au sein de son milieu de vie. Dans certains Etats des Etats-Unis, ce processus s'est caractérisé par une déshospitalisation abrupte et très rapide (fin des années 50), dans d'autres (Italie) par une rupture encore plus radicale mais plus tardive (milieu des années 70). La France, forte de l'une des psychiatries des plus anciennes, et des plus réputées, avec la psychiatrie allemande, a fait le pari d'une désinstitutionnalisation « douce et équilibrée, spontanée et consensuelle ». Par cette expression, il fallait entendre que ce processus serait conduit par les soignants et en raison des progrès techniques, non sous la pression budgétaire, qu'il équilibrerait le nécessaire développement de l'ambulatoire avec la persistance de besoins en hospitalisation significatifs et, enfin, qu'il traduirait un rassemblement implicite des professionnels autour de cette voie moyenne. La politique de secteur, initiée au début des années soixante mais effectivement mise en place à partir des années soixante-dix, reflétait ce processus de

(suite page 3 ➡)

Des 48 au 72 heures : vers une réforme de l'hospitalisation en psychiatrie ?

■ FMC S. Sportiche, O. Nicolas

La psychiatrie doit évoluer, entendons-nous partout, ses missions, son accessibilité, la qualité de ses soins, son image... Tout est à revoir.

C'est dans ce contexte que certains ont proposé, pour les patients atteints de troubles mentaux, la mise en place d'une période d'observation de 72 heures au sein d'un service d'urgences pour une meilleure évaluation, initiation des soins et gestion de l'aspect contrainte aux soins. Quelle est la situation actuelle ? Quelles sont les motivations pour réformer ? Comment l'instauration de ce délai de 72 heures reviendrait à reformer la loi du 27 juin 1990 sur l'hospitalisation sans consentement ?

La situation actuelle

« Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires » (code de déontologie article 9).
Le médecin informe le patient, préconise des décisions mais se doit de respecter la volonté de la personne.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Dans le cas du mineur, ou du majeur sous tutelle, ce consentement est systématiquement recherché si celui-ci est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision médicale. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ces proches n'ait été consulté (loi du 4 mars 2002). La loi reconnaît, cependant, des possibilités de contraintes au soin pour :

- les patients atteints de troubles mentaux,
- les patients toxicomanes,
- les vaccinations obligatoires,
- les sujets en injonction de soins,
- les contrôles relatifs au dopage.

(suite page 3 ➡)

Hallucinations et survie en mer

■ CLINIQUE L.-C. Guillermin

Les hallucinations des navigateurs du grand large sont connues depuis longtemps. Quand le marin se retrouve en situation de survie dans un radeau, il n'est guère étonnant de voir ce phénomène se produire également. Cet article se propose de les évoquer, à travers une étude d'une cinquantaine de naufrages ou de situations de survie (19). Il est rare de ne pas retrouver des manifestations hallucinatoires dans ces récits, mais également des troubles apparentés, tels les rêveries ou encore les délires construits.

13 jours en radeau

En 1972, Catherine Plessz et Lucien schiltz se retrouvent dans un radeau après le naufrage en Méditerranée de leur cotre, le « Njord » (34). Ils vont dériver 13

jours dans un canot pneumatique spartiate, instable et sans nourriture. Si Catherine garda réellement « les pieds sur terre », Lucien présenta lui des troubles hallucinatoires francs, comme des visions de voiliers, des hallucinations alimentaires, ou encore l'impression d'être accompagné par un autre personnage... « Là c'est un bateau, je t'assure, c'en est un », affirme-t-il à sa compagne. « J'avais l'impression qu'il y avait autour de moi des gens qui me regardaient faire avec sévérité ». Le phénomène hallucinatoire se renouvellera régulièrement. Avec la durée, les troubles s'accroissent, prenant une teinte presque confuso-onirique. Lucien confond rêves et réalité, hallucinations critiquées dans un premier temps, puis adhésion totale aux visions.

(suite page 6 ➡)

AU SOMMAIRE

EDITORIAL

La fin d'un cycle de désinstitutionnalisation p.1

FMC

Des 48 au 72 heures : vers une réforme de l'hospitalisation en psychiatrie p.1

PSYCHOTHÉRAPIE

Le groupe et la question sexuelle p.5

CLINIQUE

Hallucinations et survie en mer p.6

THERAPEUTIQUE

La dépression récurrente et les psychiatres libéraux p.11

ENTRETIEN AVEC

Thierry Bottai p.16

PSYCHOGÉRIATRIE

Vers l'HAD en gérontopsychiatrie p.17

SOCIOLOGIE

La spécialisation de la médecine XIX^e-XX^e siècles p.19

MÉDICO-SOCIAL

L'accueil de l'autisme et des syndromes apparentés p.21

ANNONCES

PROFESSIONNELLES p.27

ANNONCES EN BREF

p.31

La dépression récurrente et les psychiatres libéraux

■ THÉRAPEUTIQUE A. Gérard, A. Pélissolo, B. Falissard, G. Goussiaume, V. Millet

La diversité des situations et le caractère multifactoriel de l'origine des états dépressifs rend difficile, mais nécessaire, l'approche prophylactique. La nécessité de prévenir l'apparition d'un épisode dépressif majeur a longtemps été sujet à discussion, en raison de la morbidité et de la mortalité très importantes liées à cette pathologie. La prévention du suicide pourrait à elle seule justifier une telle attitude : 15% des patients qui souffrent de troubles de l'humeur se suicident (1, 2, 3). Ainsi, il a été établi que 60% à 70% des suicidants ont consulté un médecin (souvent leur généraliste) dans le mois précédant une tentative de suicide (4). Il est donc évident que des programmes de formation destinés à améliorer la reconnaissance de la dépression et son traitement pourraient contribuer à optimiser la prise en charge de la dépression et par

voie de conséquence, à prévenir le suicide. Une telle expérience a été menée sur l'île de Gotland en Suède par Rutz (5, 6), avec un programme de formation complet de tous les médecins généralistes de l'île, sous forme de séminaires et de documentation. Elle a montré des résultats satisfaisants en ce qui concerne la prise en charge de la dépression : les médecins ont augmenté les prescriptions d'antidépresseurs et diminué celle des tranquillisants, réduisant aussi le recours aux services psychiatriques et aux hospitalisations. Les arrêts maladie ont été diminués de moitié. Et surtout, le taux de suicide a été significativement réduit. D'autres études allant dans le même sens démontrent la nécessité d'un dépistage précoce pour une prise en charge rapide et efficace.

(suite page 11 ➡)

NERVURE
JOURNAL DE PSYCHIATRIE

Vous pouvez consulter l'intégralité de nos éditions, vous abonner ou consulter nos archives sur notre site

www.nervure-psy.com