

LE JOURNAL DE NERVURE

Directeur de la publication et de la rédaction : G. Massé
 Rédacteur en chef : F. Caroli
 Collaborateurs : Ch. Paradis, S. Rampa, S. Tribolet
 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

Supplément à NERVURE
 Journal de Psychiatrie
 n° 6 - Tome XV -
 Septembre 2002

(ne peut être vendu séparément)
 Pour les mentions légales relatives au
 présent supplément consulter l'édi-
 tion de Nervure.

G. Massé* et M. Zwingenberger*

Des sorties d'essai à l'obligation de soin en ambulatoire : une longue histoire inachevée

LIVRES

Psychopharmacologie essentielle

Stephen M. Stahl
 Traduit par Patrick Lemoine et Thierry Faivre
 Collection Médecine-Sciences
 Flammarion

Psychopharmacologie essentielle est, à notre avis, vraiment un ouvrage essentiel en matière de compréhension des bases de la psychopharmacologie actuelle. Nous devons à nos deux confrères, Patrick Lemoine et Thierry Faivre du Vinatier, d'avoir eu le courage d'une telle traduction. Les étudiants, mais également les praticiens, trouveront dans cet ouvrage à la fois les repères fondamentaux et cliniques nécessaires à la compréhension du mécanisme des médicaments du cerveau. La lecture en est aisée et, surtout, il est facile de se reporter au chapitre qui peut nous intéresser. Un tel ouvrage manquait dans nos bibliothèques, le vide est comblé. Nul doute que dans l'enseignement de la psychopharmacologie des années qui viennent, les références à cet ouvrage seront nombreuses. Nul doute, également, que tout praticien qui y plongera son attention en retirera des indices importants pour modifier ses stratégies médicamenteuses et les adapter en fonction des connaissances modernes et nouvelles.

J.-P. Chabannes

A quoi sert la sociologie ?

Sous la direction de Bernard Lahire
 La Découverte

La question pourrait être posée à n'importe quelle science humaine. Mais la sociologie a ceci de particulier qu'elle prend pour objet une société qui s'interroge elle-même sur la pertinence du regard porté sur son fonctionnement par des supposés experts. Ainsi, l'utilité sociale de la sociologie dépend de la façon dont les sociologues se positionnent. En l'occurrence, ils fluctuent souvent entre une prétention scientifique et une approche critique qui prend parfois la forme d'une « *dérive édifiante* » ; en clair, une sociologie relayée par le militantisme, comme on a pu le voir avec Pierre Bourdieu. En fait, il est illusoire d'attendre de la sociologie qu'elle tranche entre ses tentations. Cela suppose d'admettre, comme l'écrit ici Philippe Corcuff, « *l'indépassable impureté* » d'une discipline prise dans une tension permanente entre ses rapports à la science, à la politique et à l'éthique.

M. Jaeger

Les modalités de soin ont aussi une histoire. La seule sortie prévue par la loi de 1838 était la sortie définitive. La sortie d'essai était, néanmoins, mise en pratique depuis très longtemps, selon des modalités variables et en marge de la loi. Malgré une circulaire de 1957 qui n'avait aucun fondement légal, il a fallu attendre la loi du 27 juin 1990 pour qu'elle soit enfin légalisée. Actuellement, après bien des vicissitudes, un débat tend à mettre en cause le seul lien entre hospitalisation et obligation aux soins afin, notamment, de promouvoir l'idée d'un traitement obligatoire ambulatoire hors de tout recours à l'hospitalisation plein temps.

UNE MODALITÉ HORS LA LOI DÉJÀ FRÉQUENTE

Les sorties d'essai, effectives dès la préhistoire de la loi de 1838 par le biais des lettres de cachet⁽³⁷⁾, ont longtemps été mises en pratique selon des modalités variables, et en marge de la loi, par une application de l'article 170 du règlement-modèle de 1857 qui précisait que : « *Aucun aliéné ne peut faire de promenades extérieures s'il n'est accompagné d'un infirmier ou d'une infirmière, ou s'il n'est confié à un parent ou à un ami qui prend la responsabilité de la surveillance du malade au seuil de l'établissement. La permission de sortie, délivrée par le médecin en chef et visée par le directeur, doit mentionner le nom de la personne qui accompagnera ou recevra le malade et déterminer la durée de l'absence* ».

Il est vrai qu'Esquirol avait proposé de suivre l'exemple de l'Allemagne où la sortie définitive était précédée d'une sortie à l'essai dans la famille « *afin d'essayer ses forces intellectuelles et affectives* »⁽³²⁾. Si il a été suivi pour le certificat unique il ne l'a pas été pour les sorties d'essai⁽¹⁹⁾.

Le règlement-modèle de 1938, en son temps, a proposé une modification du règlement de 1857 :

Art. 193 : « *Aucun aliéné ne peut faire de promenades extérieures s'il n'est accompagné d'un infirmier ou d'une infirmière, ou s'il n'est confié à un parent ou à un ami, qui prend, par écrit, la responsabilité de la surveillance du malade hors de l'établissement. Toute permission de promenade doit faire de la part du parent ou de l'ami responsable l'objet d'une demande écrite soumise à l'approbation du médecin chef de service et au visa du directeur* ».

La pratique des sorties d'essai a toujours présenté un intérêt clinique et thérapeutique constituant, comme il l'a souvent été répété, la « *Pierre de touche* » de la guérison, offrant lors de rechute, l'avantage d'une réintégra-

tion rapide et sans formalités. Elles ont été clairement présentées comme un atout par les précurseurs du secteur à commencer par E. Toulouse dans le contexte du développement de « *la prophylaxie mentale* »^(36,40). Leur mode d'application est présenté par E. Régis, ainsi : « *le malade est remis à la famille, pour un laps de temps déterminé, fixé par le médecin. En cas de rechute au cours du congé, le malade est ramené sans autre formalité ; à partir du terme convenu, il est considéré comme sorti définitivement et ne peut être réintégré à l'établissement qu'après l'accomplissement des formalités légales habituelles* ».



Si, du point de vue médical, leur utilité paraissait, malgré quelques controverses, incontestable, il n'en restait pas moins vrai que leur pratique posait des problèmes de responsabilité du fait d'incidents possibles en raison de leur caractère non légal et « *non réglementé* »⁽¹⁾.

J. Raynier et H. Beaudoin ont précisé certains points, pour eux, primordiaux devant faire poser leur indication :

- l'état pathologique en cause, afin de déterminer exactement l'utilité et l'innocuité éventuelle de la sortie envisagée,
- la situation du milieu familial où le malade est appelé à vivre ainsi que l'autorité qui pourra être exercée sur lui,
- l'intérêt personnel que pourraient avoir des tiers à une sortie momentanée : questions pécuniaires au sujet desquelles des renseignements précis devront être recueillis (dangers de captation, etc...).

Pour ce qui concerne cette dernière donnée, J. Raynier et H. Beaudoin indiquaient qu'il est à peine besoin d'insister sur l'utilité, « *en*

l'espèce, d'une enquête spéciale confiée au service social, et singulièrement à l'assistante sociale psychiatrique attachée au service »⁽³⁴⁾.

En dehors de considérations proprement cliniques, de nombreuses questions persistaient : unification de leurs formules, situation juridique du patient pendant leur durée (validité des actes, administration des biens, intérêts pécuniaires, etc...), détermination des délais et des formes de réintégration, mesures à prendre en cas de non-réintégration, surveillance médicale, attributions des préfets au sujet d'un malade d'un autre département placé d'office dans un établissement inter-départemental⁽³³⁾.

Dès 1874, les inspecteurs généraux avaient noté l'utilité des sorties d'essai et posé la question de savoir si elles devaient être notifiées au préfet, inscrites au registre de la loi, ce qui, lors de retour entraîne de nouvelles formalités et empêche que le malade sache qu'il n'est pas libre définitivement. Ils estimaient rationnel de supprimer ces formalités et d'accorder au médecin la faculté de permettre ces sorties, dont la durée maximum devrait être de un mois. Il était pensé que les mêmes dispositions pouvaient être prises à l'égard des malades placés d'office. En 1902, la question a fait l'objet des discussions du conseil supérieur de l'assistance publique à la suite du rapport très documenté de M. Legrain. Ce rapport signalait, après enquête, que pour 96 médecins pratiquant les sorties d'essai, 16 seulement s'en abstenaient. Il demandait qu'un secours soit accordé aux malades en congé, et concluait à la nécessité d'une réglementation unique.

Le Rapport de l'Inspection générale de 1911, signalait que les rapports spéciaux avaient montré des pratiques variables selon les départements : dans certains, aucune sortie d'essai n'était accordée, dans d'autres, elles n'existaient que pour les placements volontaires, dans d'autres, enfin, elles s'appliquaient à tous les malades. En outre, selon les départements, l'autorisation préfectorale était, ou non, nécessaire.

L'Inspection générale notait que la situation apparaissait, dans l'ensemble, confuse et qu'il paraissait nécessaire que l'administration mit fin à cette diversité en déterminant des règles susceptibles de guider les préfets ainsi que les directeurs et les médecins.

Il était donc fortement souhaité qu'une législation régularise les sorties d'essai et leurs principes généraux, pour permettre de déterminer leur application en tenant compte des habitudes variables selon les départements, alors qu'une expérience déjà ancienne avait permis d'en apprécier les points forts et les points faibles⁽¹⁾.