

Les enjeux de la prise en charge psychiatrique

Dans les pays économiquement développés comme le nôtre, on considère que 30 % des actes de soins relèvent uniquement, ou de façon prépondérante, du relationnel, du psychologique. Il est donc clair qu'il ne peut exister de médecine satisfaisante sans une intrication forte entre le corps et l'esprit quant aux réponses données à leur souffrance.

La psychiatrie s'impose comme une démarche « horizontale » infiltrant une part importante des pratiques de soins, mais aussi bien au-delà en amont, car elle a le redoutable privilège d'offrir la seule réponse adaptée à des situations qui concernent un nombre important de nos concitoyens, qui ne peuvent ou ne veulent surtout pas accepter, qu'ils relèvent d'elle.

Il existe encore un hiatus immense entre des situations pouvant être satisfaites par des capacités thérapeutiques, (s'appuyant sur des connaissances multiples, permises par des investissements théoriques équilibrés, faisant appel au médical et aux sciences humaines), et une image qui demeure défavorable dans le public.

Un débat de société

Ce dont il est question s'impose comme un débat primordial de société : celui d'une conception de la santé en tant qu'abord global de l'homme, du compor-

tement de tous vis-à-vis de l'autre et de sa différence, de notre vision de la solidarité à un moment particulier d'égoïsme collectif.

Ce débat, si la psychiatrie en est comme d'autres la dépositaire, elle est la seule à pouvoir et donc devoir y apporter certaines réponses. Quelle est la réalité des demandes de soins psychiatriques dans une société développée comme la nôtre ? Nous n'en savons rien ou si peu, sinon qu'une pression, forte, insistante, ne cesse de s'accroître en termes d'indicateurs sociaux et de mobiliser les services d'urgence et médicaux.

Plusieurs impératifs nécessitent de s'ancrer définitivement dans le champ de la médecine en rappelant notre positionnement au carrefour des sciences humaines et du social, d'écarter tout discours idéologique au profit de celui de pratiques, à l'écoute des demandes dont beaucoup apparaissent nouvelles, de quitter définitivement une position de repli défensif marqué par l'affirmation d'une spécificité condamnée à demeurer fantomatique, en dehors de toute explication.

Alors que depuis plus de quarante ans, certaines équipes de psychiatrie publique démontrent qu'une volonté affirmée induit une diminution importante des capacités d'hospitalisation à plein-temps, développe des structures légères en extrahospitalier, éclate les prises en charge au plus près des demandes, met en place une pratique en réseau auprès du

social et du sanitaire, le constat doit être fait d'une extrême inégalité de développement de nos services de secteur. Un tel constat accompagne celui d'une incroyable hétérogénéité en moyens (de 1 à 7 en personnels) d'une équipe à l'autre, une absence de coordination entre les composantes libérales, associatives et publiques de la discipline, un clivage obsolète entre le médical et le social.

La psychiatrie de secteur, en avance sur bien des points, ne doit plus douter de ses missions qui ne se résument pas à une aire géographique d'intervention, dont la pertinence demeure, mais au-delà de la continuité des soins (non conçue comme un espace clos et comme une clientèle captive), en termes de qualité et de référence soutenues par une vision globale des prestations.

La santé mentale

Force est de relever une opposition de certains intervenants de la psychiatrie publique à toute implication hors de situations strictement pathologiques et reconnues en tant que telles.

Ce repli frileux qui se restreint aux seuls « malades mentaux » condamne au cantonnement d'une psychiatrie obligée et n'a rien à voir avec une démarche ambitieuse qui doit être avant tout une politique de santé publique adaptée à la santé mentale et continuellement évolutive. La crainte d'une despécification, qu'accompagne un abord timide d'une réelle pluridisciplinarité, refuse un passage d'un statut de spécialiste de la pathologie à celui de spécialiste de la normalité. Cette position met en avant, et considère comme un argument de poids, le risque de déqualification du corps social, d'invalidation de ses initiatives par une intervention jugée extensive.

Un autre tendance souhaite promouvoir une psychiatrie des limites associant psychiatrie sociale et de liaison. Elle désire apporter une aide aux sujets souffrant d'un contexte difficile voire insupportable, à partir non plus d'un état pathologique supposé mais d'un état normal, tout autant supposé, en acceptant de se con-

fronter à une nouvelle clinique. Elle refuse le prétexte de l'absence de demande (quasi obligatoire dans un premier temps) et le risque qu'elle pense fallacieux de psychiatrisation. Elle se situe facilement en dehors de lieux classiques d'exercice pour aller au devant de ceux qu'elle souhaite aider, en acceptant de le faire aux côtés d'autres.

Bien évidemment, cette position s'inscrit pleinement au sein des axes actuellement définis de la politique de santé mentale de notre pays.

La prévention

On ne peut que relever actuellement, trop souvent, une collaboration peu développée entre le secteur psychiatrique et divers dispositifs, notamment sociaux. Ce constat a pour corollaire celui de grandes difficultés à mettre en place une pratique de prévention alors que l'effort s'est centré sur les alternatives à l'hospitalisation, une telle perspective portant d'emblée en elle des germes d'hospitalocentrisme. L'effort pour sortir « hors des murs » (ces derniers pouvant être extrahospitaliers du fait de déplacements de pratiques sans adaptation) s'est trop souvent fait « en plus » en termes de moyens, par des équipes, motivées mais trop souvent restreintes en nombre ou privilégiant les soins des patients psychotiques.

Ceci peut expliquer le sentiment de nombreux interlocuteurs laissés pour compte, et non entendus, par des équipes de soins dont certains affirment qu'elles ne peuvent rien proposer sans demande élaborée, ou au moins exprimée, de la part de nombre de nos concitoyens qui ne se considèrent pas comme « malades » mais n'en souffrent pas moins. Une telle position apparaît en rupture avec l'esprit du secteur qui impose de concevoir et de réaménager l'offre de soins en fonction des circonstances rencontrées.

Raccourcir le temps passé entre l'émergence de la souffrance et l'aide proposée représente un impératif. Or par définition, la souffrance psychique ne donne pas lieu à une démarche en absence de sa conscience par le patient. L'indica-

tion apparaît alors au niveau des proches ou du social. Il convient donc de travailler en réseau sans hégémonie, de demeurer disponible, humble, de prouver au cas par cas son efficacité et sa compétence, de se déplacer et non de faire venir dans un lieu qui même extrahospitalier, demeure marqué par une image refusée par beaucoup *a priori*. De ce point de vue le travail en réseau avec de nombreux intervenants n'apparaît guère différent de celui de liaison avec les autres disciplines médicales.

Un dispositif à adapter

Aux critères d'exclusion beaucoup souhaitent voir se substituer des indications en terme d'inclusion permettant des traitements offerts par des équipes aux compétences évidentes et reconnues par tous. La notion de continuité des soins doit privilégier les critères fonctionnels au détriment de critères géographiques, qui toutefois doivent demeurer afin qu'aucun patient ne soit exclu des soins. La notion de traitements différenciés implique des mécanismes intersectoriels, tant au niveau de l'utilisation des moyens que pour le recrutement des patients, ce qui apparaît particulièrement pertinent dans les mégapoles, pour certaines situations cliniques, notamment marquées par l'exclusion.

Heureusement la politique de secteur a eu une forte influence sur certains services : diminution importante des capacités d'hospitalisation à temps complet, développement des structures légères en extrahospitalier, éclatement des prises en charge au plus proche de la population, développement de liens avec les structures et associations environnantes. Si ces lieux de soins ont réussi leur sectorisation, ils demeurent très centrés sur eux-mêmes dans leur fonctionnement. Une forte convergence entre les différents acteurs politiques, administratifs, médicaux et soignants a permis l'évolution vers ces structures « semi-ouvertes ». La mutation doit se poursuivre dans le sens du rapprochement de l'hospitalisation complète des lieux de vie et de la prise en charge de

l'ensemble des détresses psychologiques.

D'autres services ont parcouru le même chemin que ces structures semi-ouvertes. Elle ont en outre compris la nécessité d'élargir le champ de leurs réponses à des demandes jusqu'alors non prises en compte, en intervenant au niveau des urgences médicales et en collaborant de façon étroite et articulée avec l'ensemble des champs médicaux et sociaux.

Certains outils doivent permettre une évolution raisonnablement accessible, au premier rang desquels : la dynamisation de la planification par une vision ascendante, l'évaluation de l'activité, des collaborations identifiées et contractualisées par voie de convention entre les établissements et les autres structures concernées.

Bien entendu ne doit pas être oublié une réelle complémentarité entre pratiques libérale, associative et publique, ainsi qu'entre le médical et le médico-social.

Il est évident que la psychiatrie publique ne demeurera pleinement crédible que si elle parvient, notamment, à imaginer et mettre en place une articulation forte avec de nombreux intervenants dans le respect des champs de compétence de chacun, retrouvant ainsi certaines de ses racines.

Elle doit, pour cela, s'intégrer plus avant dans des stratégies institutionnelles actuellement développées qu'il s'agisse de promouvoir une approche globale, une offre intégrée et des actions de proximité, veiller à assurer une accessibilité pour tous, rechercher la participation des personnes concernées. Une telle démarche ne doit pas méconnaître la nécessité de définir des indicateurs de qualité de vie et de bien-être.

Il est grand temps que notre système de soins psychiatriques soit définitivement pensé en termes de demandes et de flux de patients et non pas en termes d'institutions.

Si cela ne peut advenir, un scénario déjà observé dans d'autres pays ne pourra que s'imposer, la psychiatrie se cantonnant à une optique d'étiquetage, limitée à des séquences thérapeutiques écourtées. ■

Gérard Massé

Praticien hospitalier, animateur de la Mission nationale d'appui en santé mentale