

L'Exclusion du soin

Les exclus ne sont pas nécessairement ceux que l'on voit. S'agirait-il des habitants de ces départements où presque tous les postes de psychiatres publics sont à pourvoir ?

Alain PIDOLLE

Psychiatre,
Président de la
Conférence Nationale des
Présidents de CME de
CHS-Clinique de psychologie médicale
57370 Phalsbourg.



Combien de services de psychiatrie générale « tournent » avec trois temps plein médicaux voire moins alors qu'il faut avoir au moins 6 ETP pour assurer, dans un service de psychiatrie générale non isolé, l'essentiel des missions qui nous sont confiées. Les quelques 700 postes de psychiatres praticiens hospitaliers vacants publiés au Journal Officiel du 14 mars 2001 laissent augurer des jours difficiles pour ces exclus des départements ruraux et des toutes petites villes désertées tant en psychiatrie publique qu'en psychiatrie privée. L'âge moyen des psychiatres, leur non-renouvellement, la disparition des infirmiers à formation spécifique en psychiatrie, l'ARTT des médecins mais également des paramédicaux seront certainement des facteurs restructurant l'offre de soins beaucoup plus efficaces que ne l'ont été les SROS¹. [...]

La fermeture des lits d'hospitalisation à temps plein qui était considérable ces dernières années, est à mettre en regard avec une augmentation galopante de la demande. Paradoxalement, cela revient à déstructurer le travail de secteur. Dans le département de la Moselle (1 million d'habitants, 14 secteurs de psychiatrie générale dans trois CHS et 2 secteurs en CHG – département « non sinistré »), il n'y avait, un samedi de fin février 2002, que 2 lits vacants en psychiatrie publique dans tout le département. Cette situation qui dure depuis plusieurs mois a entraîné des réorganisations : c'est le centre 15 qui fait le point régulièrement des lits vacants en psychiatrie, et lorsqu'une hospitalisation est décidée par un médecin généraliste ou un service d'urgence, le patient est adressé dans un des hôpitaux du département de la région ou de la région voisine, en fonction des

places disponibles et non plus en fonction du secteur qui a l'habitude de s'occuper de ce patient. Quant aux psychiatres dans les CMP, ils temporisent et essayent d'éluider les indications d'hospitalisations temps plein.

La mise en place des services d'urgences dans les hôpitaux généraux, favorise la demande de soins de type consumériste : si le CMP ne peut donner un rendez-vous que dans trois ou quatre semaines pour un problème qui ne paraît pas urgent, le patient peut trouver une réponse psychiatrique immédiate presque 24h/24h en s'adressant à l'UPATOU² ou au SAU³. Dans les secteurs urbains, toutes les demandes convergent vers ces centres qui ne renvoient pas systématiquement sur les secteurs d'origine, contribuant par là à déstructurer leur action.

Petit à petit, des filières spécifiques se mettent en place, soins aux exclus, soins aux adolescents, personnes sous main de justice, gérontopsychiatrie, etc... Si officiellement la doctrine de l'organisation des soins repose toujours sur le secteur, dans les faits, un certain nombre de ces structures se détache du secteur sans s'articuler avec celui-ci.

Un énième rapport sur la psychiatrie et la santé mentale a été présenté il y a quelques mois qui inspire largement le plan de santé mentale du gouvernement. On y trouve martelé à l'envie la doctrine d'une psychiatrie exclusivement communautaire qui, au nom de la suppression de l'asile, en arrive à nier l'existence de la maladie mentale pour en faire un problème social traité par les institutions sociales. On y oublie simplement que la santé mentale tient autant à l'équilibre intra psychique de l'individu qu'aux conditions de sa vie sociale, en particulier son travail et ses revenus. Une importante usine vient de fermer et de licencier plusieurs centaines d'employés. Comme elle est située sur le pôle d'attraction de l'hôpital, nous avons été sollicités par la préfec-

ture pour mettre en place une cellule médico-psychologique d'urgence ! La psychiatrie publique ne serait-elle donc qu'un anesthésique social parmi d'autres ?

Le plan santé mentale présenté par le gouvernement est certes moins excessif que le rapport ci-dessus évoqué : il reprend en grande partie les revendications et les demandes des professionnels et revient à point nommé pour montrer que les pouvoirs publics s'intéressent à la psychiatrie et à la santé mentale après plus d'une dizaine d'années de carences graves de l'Etat dans ce domaine. Mais, depuis dix ans, quelle évolution ? Les moyens s'érodent régulièrement, le nombre de psychiatres diminue rapidement faute d'avoir insisté sur les formations, les infirmiers spécialisés disparaissent.

Pour que ce plan santé mentale ne reste pas lettre morte, il faut un accord important de l'ensemble des professionnels, un vrai dialogue entre leurs représentations syndicales et institutionnelles, un vrai travail avec les représentants d'usagers et une concertation forte avec les pouvoirs publics. Certains proposent, pour ouvrir la psychiatrie, que des hommes politiques fassent partie des conseils de services ! Imaginerait-on la même chose en cardiologie ou en gériatrie où des problèmes de santé publique se posent de la même manière qu'en psychiatrie ?

Alors que j'avais terminé ce minicatalogue à la fois désabusé et révolté, j'entends une élève infirmière en stage interpellé l'infirmière référente au service : « comment traduire en diagnostic infirmier le fait qu'une personne refuse de sortir de la clinique parce qu'elle est prise d'angoisses massives à l'extérieur ? ».

Qui est exclu de quoi ? ■

Ce texte mettant en cause le rapport Piel-Roelandt, Eric Piel y réagit en page 15 de ce bulletin.

¹ SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

² UPATOU : Unité de Proximité et d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences

³ SAU : Service d'Accueil et d'Urgence