

**Journée de défense de la psychiatrie de service public**  
**Soins psychiques et indépendance professionnelle**  
**Vendredi 15 janvier 2010**  
**Maison Folie Wazemmes ; 70 rue des Sarrazins LILLE**

Jean-Pierre Martin

LES CENTRES D'ACCUEIL ET DE CRISE, UNE EXPERIENCE DE SOINS PSYCHIQUES

Le soin psychique est un ensemble de pratiques fondées sur l'altérité, donc une relation avec un tiers. Si le tiers nommé est sur le plan thérapeutique un travailleur de la psychiatrie, l'autre social et ses institutions qui constituent le sujet est dans chaque soin à l'œuvre, que ce soit dans l'apparition du symptôme, l'accès aux soins et sa continuité. Le soin est un temps social traversé par ses fictions et ses utopies. De ce point de vue, au-delà d'être des porteurs d'idée acquises : la théorie, nous sommes des faiseurs de pratiques utopiques dans le projet de dés aliéner.

Les centres d'accueil et de crise sont une expérience de construction d'altérités dans le cadre du secteur psychiatrique.

20 ans après la création du centre d'accueil et de crise quels sont les arguments qui ont présidé à sa création et qui restent pertinents dans la société d'aujourd'hui.

1° Il repose sur une conception du secteur fondée sur une organisation de la psychiatrie dans la communauté et son inscription comme politique de santé mentale.

Organiser l'accès aux soins et sa continuité au plus près de la vie sociale décentre le soin de l'hospitalisation en première intention. Elle fait apparaître le rôle des tiers politiques et sociaux dans cette intégration du soin dans la cité.

Ce décentrement qui remet en cause l'histoire d'enfermement carcéral et une réponse purement médicalisante du symptôme psychique, est d'abord une autre approche de la clinique fondée sur la subjectivité du sujet au sein de son environnement.

Elle place l'hospitalisation comme une structure de soins parmi d'autres avec un travail précisant son utilité.

Le secteur met en place cette continuité.

2° Le centre d'accueil est ouvert 24h sur 24 et est une alternative au « tout hospitalisation ».

Il accueille le tout venant en souffrance psychologique et les tiers qui participent de la situation.

L'écoute de la subjectivité est l'élément clinique central, dans un rapport de reconnaissance des places réciproques, avec une recherche de consentement aux soins. La parole du patient potentiel est la base de toute négociation. L'écoute des tiers familiaux et sociaux dans leur légitimité permet la dédramatisation de la crise et fait apparaître la dimension multiple de l'approche du symptôme.

Il permet de préciser l'intérêt thérapeutique d'une hospitalisation, donc de la limiter en la pensant. De fait, il a réduit de la moitié le nombre d'hospitalisations.

Le temps à prendre pour saisir la situation de souffrance et de crise, son approche sans vouloir répondre en urgence au symptôme, sans précipiter le diagnostic et la prescription d'un traitement autre que l'écoute et l'échange, avec le support d'un lieu pensé en terme

d'approche institutionnelle (nuits soins corporels repas temps d'un café...) avec une dimension communautaire.

Choix d'une responsabilité soignante élargie avec une première ligne infirmière et des médecins présents en permanence mobilisés selon ce qui se passe, façon de multiplier les situations de rencontre et de les penser hors du strict acte médical.

L'articulation avec les autres équipes de soins donne sa logique globale sur le plan soignant.

Nous avons appelé interface ce processus d'accueil vers des soins.

Il s'est avéré rapidement que les patients suivis trouvaient là un repère dans les moments d'angoisse et de vécus psychiques envahissants, en particulier les psychotiques, pour lesquels le lieu est d'abord protection face aux sentiments de menace du monde extérieur, avant même tout échange thérapeutique.

Ce lieu s'est avéré indispensable à l'inscription du dispositif de soin dans la communauté, l'intégrant aux politiques sanitaires locales, donnant sens à la notion de santé mentale.

Fondé sur le travail clinique il ne peut être une solution de nature strictement gestionnaire et comptable. C'est le danger majeur qui le menace aujourd'hui avec les nouvelles gouvernances de la santé et du social.

Lieu d'accueil en urgence, il n'est pas un lieu de sécurité pour les patients et les familles et non une réponse sécuritaire de précaution.

Il garde toute sa valeur sanitaire et sociale dans la société actuelle, mais n'a jamais été reconnu comme une priorité gouvernementale.

Ses limites sont celles de l'échec de l'écoute ou d'une violence symptomatique qui ne cède pas sur le plan relationnel.

Il introduit clairement un débat sur le soin psychique dans ses dimensions du prendre soin par l'écoute réciproque, la place des tiers dans la constitution, la reconnaissance et le traitement du symptôme dans sa multiplicité.

Si les conditions en moyens de sa création sont aujourd'hui gravement altérées par les politiques de gestion à l'activité (ses critères cliniques sont déniés au profit de l'efficacité médicale symptomatique et du coût), il demeure une piste du soin psychique qui peut être pensée dans tous les lieux d'accès aux soins en particulier les CMP et aux urgences de l'hôpital général, et devrait l'être pour l'arrivée à l'hôpital.

Il est donc attaqué par les administrations hospitalières au nom de l'efficacité gestionnaire, par les remises en cause du secteur comme continuité des soins par la loi Bachelot et le rapport Couty.

Nous avons pu bloquer il y a huit ans sa fermeture par sa reconnaissance dans le schéma régional d'Ile-de-France avec l'aide du Dr Piel et d'élus parisiens.

Peu de temps après, un autre centre d'accueil, celui de la Roquette à Paris, a pu être sauvé par la mobilisation d'un collectif de patients et d'élus locaux.

Toute cette résistance fait partie de la situation actuelle et s'est généralisée à la notion même de clinique et de soins psychothérapeutiques et institutionnels dans la durée.

15 janvier 2010