

Intervention auprès des élus du Sénat

Je voudrais souligner 3 points :

1° Le jour de 1986 où le secteur a été confié aux directeurs d'hôpitaux il a été en danger, car soumis à la gestion normative hospitalière. L'interlocuteur privilégié du secteur n'est pas le directeur mais les élus et les institutions sociales et sanitaires au sein de la population. Ce constat s'est amplement confirmé lors du plan Juppé de 1995 qui planifie la santé vers le bas avec l'arme budgétaire parallèlement à la remise en cause de la protection sociale, puis avec le programme hôpital 2007, la multiplication des franchises et la loi HPST qui abandonnent le secteur comme axe généraliste et mettent en place un dirigisme comptable et sécuritaire du service public, dans lequel **la gestion financière, administrative du soin et l'évaluation sécuritaire se substitue aux soins comme axe généraliste. C'est cette atteinte aux services donnés à la population, atteinte que l'on retrouve par ailleurs dans chaque service public, qui est au premier plan aujourd'hui, avec par exemple :**

- **Le service intégré accueil et d'orientation (SIAO) et le décret du 8 avril 2010 : organiser la sortie de rue sous la férule du préfet et économies d'échelle, suivi informatisé auquel sont conviés les médecins, réponses d'internement pour ce trouble social.**
- **Atteinte du service public d'éducation, et de la petite enfance**
- **Fichiers multiples et surveillance électronique du territoire**

C'est pour agir dans cette dimension globale d'atteinte aux pratiques et indépendances professionnelles que nous avons créé le collectif Non à la Politique de la Peur, après la loi de rétention de sûreté et le discours de N.Sarkozy du 2 décembre – véritable coup d'état contre la psychiatrie -. C'est pour agir contre cette psychiatrie sécuritaire que nous avons participé à la création du collectif des 39.

2° **L'Atteinte de l'accès aux soins et la question de l'urgence**, non seulement par les textes qui aggravent les franchises mais aussi par un projet sécuritaire initié par le président et son gouvernement qui **annonce un traitement obligatoire généralisé et extensif** à domicile et un accueil sous contrainte de 72h sous le pouvoir accru du préfet et des directeurs d'hôpitaux. **Ce texte repose sur un non sens soignant, dont l'illusion est qu'il suffit d'étendre les soins sous contrainte pour permettre un accès aux soins, pour « obliger » les soignants à soigner.** Dans le même temps la contrainte qui n'est délimitée à la durée du traitement du symptôme qui l'a occasionné, donc réintroduit comme dans l'asile du 19^{ème} siècle une forme d'enfermement interminable,

est une restriction de libertés publiques par **l'extension de cet état d'exception.**

3° Or le secteur a pensé déjà des pratiques qui sont alternatives au sécuritaire : **L'exemple** d'une pratique qui est restée trop expérimentale, comme souvent les réelles pratiques de secteur : celle **des centres d'accueil**, comme lieu et temps d'accueil aux soins est pris aujourd'hui dans ces contradictions. Dans son histoire initiale le centre d'accueil **ouvert 24 h sur 24** est un espace, **une interface**, qui par l'approche clinique avec le sujet en souffrance psychique **prend en compte à tout moment cette situation de souffrance, qui prend le temps de cette approche afin de créer les conditions de soins psychiques fondés sur la clinique et d'une continuité thérapeutique où l'hôpital n'est qu'un temps possible de cet itinéraire. Le temps à prendre organise des temps institutionnels fondés sur l'écoute et la découverte réciproque**, avec :

- **une conception du travail relationnel** qui s'inscrit dans des **pratiques cliniques d'altérité** et l'élaboration de soins possibles **avec la personne**, en lien avec l'écoute de tous ceux qui participent de la situation d'émergence du symptôme. Cette **reconnaissance de la place des tiers dont les familles** et les organisations de patients, mais aussi ceux qui sont les décideurs et les régulateurs du lien social : élus, travailleurs sociaux, associations, est une caractéristique fondamentale de ce qui fait interface.

- **une conception d'un lieu de protection des patients** dont le **travail de recherche de consentement** aux soins s'établit dans une démarche clinique fondée dans une **négociation avec le sujet et la demande sociale**, d'écoute de légitimités contradictoires qui ont souvent une histoire ancienne et qui seront à prendre en compte dans la réalisation des soins. Le rôle des soignants est de légitimer et **défendre les besoins des patients** comme **une parole « entendable » à travailler.**

- **une conception du secteur qui passe par la continuité** entre les différentes structures du dispositif, et en particulier avec l'hospitalisation, comme **approche institutionnelle avec ses entrées multiples**, et permet aussi à ceux qui ont vécu l'expérience de l'hospitalisation – les psychotiques en particulier - de trouver un lieu et un temps de protection quand les angoisses réapparaissent.

- **une conception de l'urgence qui est d'être là** et non la seule réponse médicamenteuse à un diagnostic en urgence, et la maîtrise sécuritaire. Il apparaît que les familles elles mêmes trouvent dans cet espace de négociation une réassurance qui n'est **pas celle d'une contrainte à**

contraindre d'abord le malade et les soignants. C'est exactement ce qui nous oppose au projet de loi actuel.

***La politique de secteur a ouvert le travail de la psychiatrie a inscrit le soin psychiatrique au sein du social, et le social dans le soin avec les thérapies institutionnelles. Penser le soin psychique et défendre une politique généraliste psychiatrique passe par cette dimension d'un travail d'altérité qui concerne l'ensemble de la communauté citoyenne...**travail complexe car la société est en mouvement, et en évolution dans sa demande de soins individuels et la généralisation des peurs à des objets du quotidien...

C'est dans cette perspective que penser en commun avec les élus ce qui fait une politique de santé mentale a du sens sur le plan soignant jusque dans sa dimension des dispositifs et de leurs financements à défendre. Dans une période où l'insécurité sociale est généralisée, la précarité un phénomène de masse, nous trouvons des raisons à une politique de santé mentale **qui ne soit pas un plan de mise au pas des malades et des soignants** mais soit une gestion qui repose sur le temps du prendre soin, de mettre en place un travail clinique d'accès et à la continuité des soins, **et d'éviter aux familles de s'enfermer dans des critères d'allégeance au sécuritaire comme illusoire sécurité.**

Jean-Pierre Martin – USP - 5 mai 2010