



ATELIER N° 2

La sécurité Oui, le sécuritaire NON

Une caméra installée au dessus d'une porte grillagée, un vigile en uniforme repérable, voilà la police dans les couloirs. La « sécurité » proposée par les pouvoirs publics, financée sur des budgets non reconductibles, pour faire face à l'insécurité dans les hôpitaux.

Nouvelle structure, nouvelles pratiques, nouvelle sécurité pour une nouvelle psychiatrie. (cf. *Maison Blanche Paris*)

Dans le secteur psychiatrique, la sécurité et les soins sont intimement liés, à tel point que les jours de grève, il est écrit dans les services « soins, et sécurité assurés ». Sécurité pour tous, soignants, soignés, tous les professionnels et le Public.

L'insécurité venant pour la plupart du temps d'un climat dû aux manifestations d'angoisse, souvent sous forme d'agressivité verbale, violence physique d'un(e) patient ?

Cette insécurité là a toujours existé ; elle est connue, identifiée, c'est pour cela que la formation médicale -paramédicale spécifique, participait à la prévention, à la conduite à tenir dans un contexte d'insécurité.

Pour autant, est-ce une fatalité, pour laquelle il y aurait une aggravation que nous ne pourrions plus maîtriser, sans le concours salutaire du Sécuritaire.

On entend partout dans nos secteurs : « on ne soigne plus, ou mal... ». Manque de soins, donc manque de sécurité ?

- Manque de quoi, de qui ?
- Métiers à risque ? Pour la population, hospitalisation à risque ?
- Est-ce l'évolution de la nouvelle société, dont le secteur psychiatrique a toujours été le baromètre ?
- Serait-ce l'insécurité sociale qui franchirait nos portes ?
- Y'aurait-il de nouvelles pathologies qu'on ne saurait plus traiter ?
- Y'aurait-il une psychiatrie moderne, à laquelle il faudrait s'adapter, sinon... ?
- Le climat social est porteur d'insécurité : Précarités multiples (emplois, logement, santé...), de plus en plus jeunes et anciens.

- Malaise social profond avec la révolte de nos jeunes de banlieue ; un ensemble de domaines est touché dans le quotidien des citoyens. Rien ne va plus ; certains parlent d'état dégressif majeur de la société.
- Manque là aussi de travail, de moyens économiques, de perspectives, de changement...

C'est là qu'à cette insécurité globale, le sécuritaire se propose de régler d'une façon ordonnée propre ; un signe fort, assumé (dit-il), une « sarko » réglementation forcée. Tout, des projets de loi ou amalgame est fait entre délinquance et maladie mentale, ou au nom de la prévention, l'enfant, l'ado, la personne souffrante psychiquement vont être fichés, stigmatisés, signalés, sanctionnés, et familles, parents en subiront des conséquences...

La psychiatrie n'échappe pas bien sûr à la « réponse sécuritaire ».

Est-ce que la psychiatrie a toujours eu la vocation de soigner ou a-t-elle une autre mission ?

Peut-on parler d'échec en psychiatrie, d'erreur d'évaluation par les professionnels eux-mêmes des changements nécessaires auxquels il opposeraient une résistance nulle et non avenue, au temps béni de la molécule miracle, du comportementalisme, de la sécurisation des lieux, des gens qui ressembleraient à s'y méprendre à un grand ré-enfermement de tous !

En même temps que nous réfléchissons ensemble aujourd'hui sur les conditions sociales et environnementales qui pèsent sur le soin psy et nous entraînent vers ce constat d'une montée de l'insécurité pour tous, soignants et patients dans nos institutions ; nous devons aussi prendre en compte et mieux définir le rôle des représentants des personnels.

Nous ne pouvons nous contenter de la réponse donnée dans beaucoup de volets psy des nouveaux SROS. Nos politiques après avoir niés la spécificité de la psychiatrie, ont poussé leur logique jusqu'à l'intégré comme une discipline médicale ordinaire dans les schémas généraux interdisant par ce fait le nécessaire débat national devant déboucher sur une loi programme.

Dans de nombreuses régions, et parfois à la demande des professionnels il a été inscrit l'ouverture d'UMD. Mais si l'on ne conteste pas qu'il puisse être parfois nécessaire d'en arriver à cet extrême, nous ne pouvons pas pour autant nous exonérer de la recherche en amont de solutions plus conforme à l'idée du soin dans la proximité et la sécurité.

Ne devons nous pas dans nos services avoir l'exigence d'une véritable réflexion sur nos pratiques, nous interroger sur les conditions de prise en charge du patient, et sur son environnement. Tous les acteurs du soin, directs ou indirects sont concernés par l'organisation et les personnels mis en regard des tâches à effectuer.

A l'heure de la mise en pôle de nos établissements, il est urgent d'interroger les directions médicale et paramédicale sur les projets de soins qui seront développés. Quand est-il des reprises avec les personnels concernés lors d'incidents ou de violence. Si c'est fait en général autour des patients il est très rare que le traumatisme des soignants soit pris en compte. Quel « tutorat » efficace dans nos structures quand il n'y a déjà pas assez de personnels qualifiés pour exercer nos missions de soins premières ? Quelle interrogation-formation sur la clinique pour enrichir nos pratiques et trouver les formes d'organisation efficaces dans le soin et sécurisantes pour tous ? N'oublions pas que nous nous dirigeons vers des budgets par pôle élaboré sous la responsabilité des médecins et cadres de santé de nos services, avec toujours les personnels comme variable d'ajustement.

Du secteur à l'ensemble de l'établissement ne devons nous pas peser à travers les instances sur les choix retenus en matière de sécurité ? le CHS-CT trouve la toute sa raison d'être, une commission d'examen des accidents de travail devrait pouvoir se saisir de toutes les manifestations d'insécurité, remonter l'arbre des causes, rencontrer les personnels concernés, pouvoir faire des recommandations sur les registres appropriés, et prendre les décisions qui peuvent s'imposer comme le droit de retrait pour danger imminent. Le CHS-CT, instance délibérative (la seule où les représentants du personnels ont encore un poids), n'est-il pas incontournable, ne doit-il pas éclairer le CTE (instance consultative) et le CA sur les choix possibles ?

Le CTE dispose de prérogatives en ce qui concerne les effectifs, que ce soit sur le nombre ou sur la qualification. Il peut porter la revendication des personnels en ce qui concerne la sécurité, sur l'emploi de personnels soignants formés au soin spécifique qu'est la psychiatrie, plutôt qu'à l'embauche de vigiles ou de rondiers. Il peut porter notre éthique, et contester les choix économiques des directions.

Nous n'avons pas vocation de martyrs, nous n'avons pas vocation de matons. Essayons dans cet atelier, de mieux comprendre les rouages qui engendrent la montée de l'insécurité et de la violence. Essayons à travers nos expériences, d'élaborer des réponses multiples à cette réalité qui « embolise » notre activité jusqu'à parfois déboucher sur des logiques contraires à nos principes de soignants. Ne laissons pas les obsédés de l'ordre et du tout sécuritaire nous gâcher la vocation du soin humaniste, raison d'être du secteur.