



**Bernard Durand**

Président de la FASM  
Croix-Marine  
Paris (75)

Le thème de ce numéro, «Après l'hospitalisation», est critiquable s'il présuppose l'existence de deux temps et de deux espaces différenciés, distincts et qui s'opposeraient comme, naguère, l'extra et l'intra. Or en psychiatrie, il ne devrait pas y avoir d'avant et d'après, de dehors et de dedans, mais une réelle continuité qui implique l'intrication de ces différents temps.

Cette continuité des soins, pourtant pilier du secteur psychiatrique, est encore trop souvent mise à mal du fait de l'insuffisance du développement du maillage institutionnel sectoriel et intersectoriel. Combien de fois, au terme d'une (trop ?) brève hospitalisation qui n'avait pas permis de construire une réelle alliance, n'a-t-on vu des patients sortir avec, pour seuls viatiques, une ordonnance et l'adresse d'un CMP. La conséquence en est que, dans ce temps de l'après hospitalisation, survient le plus souvent une nouvelle hospitalisation.

<sup>1</sup>SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

Plus que d'un moratoire sur les lits, c'est d'un moratoire sur la présence effective de soignants dans la communauté dont nous avons besoin et, de ce point de vue, le plan santé mentale publié début février reste insuffisant. Si le manque de places est souvent mis en avant pour expliquer le raccourcissement des temps d'hospitalisation, il ne faut pas oublier que ce manque de places est aussi la conséquence de ces hospitalisations itératives dont beaucoup pourraient être évitées s'il existait une réelle continuité des soins et si l'on reconnaissait mieux la place de la famille dans l'environnement du patient.

<sup>2</sup>SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

Cela implique de penser et d'organiser la suite dès le temps de l'hospitalisation. Cela implique de prendre en compte d'emblée à la fois les soins et la composante du handicap. Nous n'en sommes plus à une psychiatrie totalisante qui assurait à la fois les soins et l'assistance. Mais, trop souvent encore, nous abordons ces deux dimensions en terme d'alternative avec un certain dédain pour le social, comme s'il s'agissait d'un ersatz de soins. Or, de même que la psychanalyse ne prétend pas assurer des soins, mais que tout un chacun sait pourtant qu'elle produit des effets thérapeutiques, l'accompagnement social n'a pas vocation à se substituer aux soins : comme nous l'avons appris avec la psychothérapie institutionnelle, il ouvre l'espace à des rencontres parfois essentielles dans le parcours de vie de nombreux patients.

A l'interface des soins et du social existent les soins dits de post-cure ou de réadaptation. Malheureusement, ils restent souvent inexistantes dans le dispositif public et les réalisations les plus intéressantes sont issues d'associations fédérées dans notre mouvement. L'intérêt de la dynamique de la réadaptation est qu'elle prend en compte la continuité des soins et que, dans le même temps, elle accorde un gradient plus important à la composante du handicap liée à l'affection psychique qui va irrémédiablement marquer la vie entière du sujet.

La «loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées» récemment votée va permettre que les personnes souffrant de troubles psychiques au long cours puissent enfin bénéficier, comme les autres catégories de personnes en situation de handicap, des dispositions prévues par la loi. Hormis le bénéfice de l'AAH et à de rares exceptions, c'était impossible jusque là dans la mesure où les collectivités locales renvoyaient régulièrement ces personnes sur le sanitaire psychiatrique.

Cette loi, ainsi que le plan santé mentale, évoquent quelques pistes, des SAMSAH<sup>1</sup> aux SAVS<sup>2</sup> en passant par les clubs d'entraide. Certes, il ne saurait être question que ces nouvelles structures se substituent aux outils de soins et notre mouvement, qui fut le premier à développer des dispositifs d'accompagnement dans le champ du social, doit être vigilant pour que ces nouveaux dispositifs ne s'inscrivent pas dans un clivage avec le dispositif soignant. Mais en même temps, nous ne devons pas nier la capacité de créativité de certaines de ces structures ; nous pouvons même leur apporter notre capital d'expérience, comme certains professionnels de notre mouvement s'y sont déjà engagés, et faire en sorte qu'elles facilitent la continuité des soins au profit du patient, sans cesse mise en avant mais si souvent malmenée.

Au delà de ce préalable, nous sommes également convaincus que le cadre associatif est le plus à même de faciliter un partenariat associant professionnels, élus locaux et usagers afin que ces nouveaux outils répondent de manière souple et originale aux besoins des patients en situation de handicap psychique, dans une synergie avec les dispositifs des secteurs psychiatriques. Les associations fédérées au sein de notre mouvement devraient avoir cette fonction de passerelle entre les différents acteurs que sont les hôpitaux, les structures sociales et médico-sociales, les élus des collectivités territoriales, les usagers et leurs familles afin que, quelles que soient les occurrences, ce soit toujours l'intérêt du patient qui soit déterminant. □