

Quelques remarques à propos du rapport IGAS « Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter » des **Dr F. Lalande** Et **C. Lepine**

Dr Dolores Lina Torres

Psychiatre des hôpitaux

Présidente de l'association Arpsydemio

CH Edouard Toulouse Marseille

Ce rapport a plongé dans la plus grande perplexité de nombreux psychiatres des hôpitaux, et nous n'avons pas compris l'intentionnalité d'un tel document, dans l'ambiance actuelle : Dans un contexte social ou la stigmatisation de « l'autre, cet étranger » fleurit dans un grand nombre de discours, désignant ainsi un bouc émissaire, cher à René Girard, le « malade mental » vient prendre sa place dans l'univers médiatique à l'affût du moindre événement grave ; on le passe et le repasse en boucle, venant ainsi alimenter des peurs ancestrales, bien instrumentalisées par certains. Car attiser la peur, semble faire partie de stratégies électorales qui peuvent s'avérer payantes.

Dans ce climat glauque, ce rapport de l'IGAS vient de façon très opportune s'inscrire dans le paysage, les auteurs y dépeignent le monde de l'hôpital psychiatrique comme un univers de violence où les patients s'ennuient, s'agressent mutuellement ou agressent le personnel, fuient de façon massive et inquiétante, subissent des maltraitances de la part du personnel....

Cette vision catastrophique, sans nuance, semble construite à charge, pourrait on dire : on y décrit un univers de confinement dans lequel « les mauvais usages hospitaliers, qui ne respectent pas les droits des malades, créent des conditions favorables au passage à l'acte ». Confinement, isolement, pyjama abusif, contentions...

Devant cette accumulation d'événements dramatiques avec exemples à l'appui, il serait légitime de se demander si une contextualisation de ces situations ne serait pas plus utile ? Elle viendrait dès lors éclairer, désamorcer ce qui in fine voudrait être mis en évidence, une certaine dangerosité, inhérente à la maladie mentale, dont les auteurs semblent visiblement convaincus.

Dans leurs propositions, il n'est question que de formations face à la dangerosité, de systèmes d'alarme, de sécurisation des lieux de soin.....

Et si tout simplement, on se posait la question de comprendre pourquoi 1200 postes de psychiatres sont vacants dans les hôpitaux, pourquoi l'exercice à l'hôpital n'attire plus les jeunes ?

Et pour quelle raison la formation en psychiatrie des jeunes infirmiers est elle aussi insuffisante ? Pourtant, à l'époque de la création du diplôme unique, la spécialisation en psychiatrie avait été demandée par les professionnels, qui avaient tiré la sonnette d'alarme, sur le risque d'aboutir à des infirmiers insuffisamment formés à cette discipline.

Moins de personnels, du personnel peu formé, moins de psychiatres, sur les postes desquels des médecins généralistes sont recrutés, entraînent une perte de la culture de la clinique psychiatrique, qui ne se transmet plus.

Nous constatons que bien souvent les jeunes infirmiers diplômés ont peur des patients, et il faut du temps pour comprendre que la relation à l'autre représente l'essentiel du soin : nous avons à notre disposition des médicaments de plus en plus efficaces et mieux tolérés qui restaurent la capacité relationnelle, dès lors la qualité de l'échange avec les soignants est fondamentale ; mais faute d'une formation suffisante, la communication ne se construit pas vraiment, les soignants se protègent, inconsciemment, en demeurant loin du patient, avec les mêmes représentations sociales négatives de la maladie mentale, que l'ensemble des citoyens.

Et ce n'est pas en préconisant les formations autour de la dangerosité que l'on fera évoluer positivement ces représentations. Certes ces formations peuvent être utiles, néanmoins c'est de formation en général que nécessitent les soignants en psychiatrie, et de personnel en nombre suffisant.

Je n'ai pas reconnu dans ce rapport la psychiatrie humaniste que nous pratiquons depuis des années au CH Edouard Toulouse, pourtant situé dans les quartiers Nord de Marseille, ce qui pour certains

représente déjà, en soi, une certaine forme de violence ! Nous figurons d'ailleurs en bonne place dans ce rapport, et pas vraiment en tant qu'exemple !

Je n'ai pas retrouvé trace de la qualité du travail de lien effectué au quotidien, de l'engagement, de la mobilité des équipes de secteur, des soins de proximité grâce à de nombreux lieux de soin inscrits dans le tissu social, ou les phénomènes d'agressions sont extrêmement rares.

La continuité des soins est complexe à développer et elle nécessite du temps, du personnel formé et en nombre suffisant. Elle s'inscrit dans les pratiques sectorielles qui semblent assez absentes dans ce rapport, qui évoque plutôt: « La coordination avec les services d'aval et les autres administrations n'est pas toujours bien établie sauf dans les endroits où un protocole a été signé, qui précise, en cas de crise, qui va chercher le malade chez lui, qui ouvre sa porte, qui fait la saisie de corps, et qui paie. »

Non, nous ne pratiquons pas de la sorte, et nous n'avons pas besoin d'un protocole, pour effectuer du travail au domicile, pour renouer des liens qui se fragilisent voire se rompent, en prenant contact avec les familles, en leur rendant visite, en créant un climat de confiance qui représente une véritable dimension thérapeutique, dans laquelle le patient s'inscrit.

Et que dire de cette proposition de « réorganisation des unités hospitalières, de manière à accueillir des populations de malades homogènes », Les HL d'un côté, les HDT et les HO de l'autre, les calmes et les fragiles d'un côté, les « indésirables » de l'autre... Tiens cela rappelle le bon temps, avec les pavillons de force, d'agités, de furieux.... Le seul problème est qu'un même patient qui arrive en HDT, passe souvent rapidement en HL, dès qu'il accepte les soins, faudra-t-il le changer d'unité, et si un patient en HL s'agite, comment faire, ce n'était pas prévu, peut-être n'était-il pas à la bonne place, il faut donc le changer d'unité ?

C'est méconnaître la clinique psychiatrique que de raisonner ainsi, car nous sommes nombreux à penser qu'il n'y a pas de malades dangereux, mais plutôt des situations qui peuvent rendre une personne dangereuse. Notre travail s'inscrit dans ce quotidien de la relation qui tisse peu à peu des liens de confiance, qui favorise l'échange, qui apaise la souffrance psychique, et celle-ci semble bien peu présente dans cet étrange rapport.

Autre proposition intéressante : « mettre en place des moyens de distraction pour les malades hospitalisés ! Cela s'appelle depuis des décennies, la Psychothérapie institutionnelle, c'est une dimension thérapeutique essentielle, et il ne s'agit pas de distraction mais de techniques de soin à part entière.

Nous invitons les auteurs de ce rapport à venir nous rendre visite, pour dialoguer avec les équipes, non pas à propos des accidents en psychiatrie mais au sujet de la souffrance psychique et du soin, de la stigmatisation et de la citoyenneté, de la nécessité d'avoir un logement décent et d'y être accompagné si nécessaire, pour éviter de se retrouver dans la rue et peut-être violent, car n'avoir nulle part où aller, cela peut rendre fou...

Mais aussi pour dialoguer avec les usagers qui diront ce qu'ils souhaitent, et qui le disent haut et fort ; ils veulent des soins de proximité dans la Cité, de l'accompagnement, de l'écoute, un minimum de temps à l'hôpital, des logements et un autre regard que celui porté dans ce rapport sur ceux qui souffrent de troubles psychiques et qui aspirent à la reconnaissance de leur Citoyenneté.