

4^{ème} journée de l'Observatoire des populations long cours
« L'efficacité du travail en réseau dans les parcours »

Bonjour à tous,

Je remercie l'équipe de l'Observatoire de m'avoir invitée à introduire et modérer cette après-midi de leur 4^{ème} journée. J'ai assisté avec beaucoup d'intérêt aux trois précédentes journées, et nous avons eu alors l'occasion d'en discuter : un des plus grands bénéfices que j'en ai retiré, c'est la richesse des rencontres de ceux qui font le même travail, qui se heurtent aux mêmes difficultés, chacun dans son secteur. Partager, se laisser inspirer par ce qui se pratique chez nos proches voisins, héritiers chacun d'une histoire un peu différente, d'une population particulière et néanmoins, on l'a entendu ce matin, on peut rassembler des profils qui se ressemblent pour mieux les orienter.

Nous aurons cette après-midi, deux tables rondes : d'abord « construire ensemble », puis « accompagner les compétences ». Je vous propose d'enchaîner les trois présentations prévues pour chacune, afin d'avoir ensemble ensuite un temps de discussion.

Nous sommes tous en quête de permettre à nos patients de vivre la meilleure vie possible, essayant de leur permettre de trouver leur place dans la cité, en faisant tomber les murs de l'asile historique, celui, quasi autarcique, dominé par la religion, où on était oublié, parqué, où nombre de patients sont morts de faim pendant la guerre... Alors merci de nous permettre, à nous aussi, de sortir des quatre murs de nos services de psychiatrie pour ouvrir notre horizon.

Quand j'ai entendu le thème de la journée de cette année, « l'efficacité de la mise en réseau dans les parcours », je me suis dit : nous passons de la psychiatrie de secteur à un travail en réseau ; je ne peux pas m'empêcher de faire le parallèle avec ce que j'enseigne dans les cours de sémiologie psychiatrique sur le délire. Le délire en secteur et en réseau, dont on trouve la définition par De Clérambault dans le dictionnaire de l'Académie de Médecine : « *Délire en secteur : Type d'organisation délirante chronique paranoïaque s'enfonçant comme un coin dans la réalité en fonction d'un axe idéo-affectif dominé par la charge passionnelle, très systématisé, avec investissement total du patient, mais sans tendance à l'extension. [...] Les délires en secteur diffèrent de la "folie raisonnée" des délires d'interprétation, qui se développent en réseau, surtout persécutoire, selon une superposition, une mosaïque délirante.* ». Et je me suis dit : notre travail suit le chemin du délire, on est sur la bonne voie...

Mais si je mentionne ainsi la sémiologie, ce n'est pas que pour la blague, c'est que la clinicienne de terrain que je suis y est très attachée ; et je pense qu'il est de première importance d'accompagner nos patients avec leurs symptômes, avec leur délire, là où ils en sont. Or, il se trouve que c'est à moi que Julie Roguet et Bérénice Bréchat-Huet ont décidé de

faire appel. Je ne serais pas fidèle à moi-même, si je me contentais de répéter qu'il faut vider les services, même si c'est ce que voudraient les pouvoirs publics et les financiers.

Je sais bien que, même si la santé n'a pas de prix, les hospitalisations ont un coût. Il y a peut-être des budgets pour les projets, mais comment dégager du temps pour monter un projet, quand on ne sait même pas s'il y aura assez d'infirmières la semaine prochaine, pour assurer la sécurité basique des patients hospitalisés. La psychiatrie n'échappe pas à la politique. Et à vous, il ne vous aura pas échappé, même si l'école, ici, ce n'est pas d'être des acharnés de l'interprétation de chaque mot, que le premier du titre de cette journée, c'est « l'efficacité ». L'efficacité, c'est un rapport entre l'énergie investie et les résultats obtenus. Mais, comme le dit Florent Poupart¹, « l'infirmier qui souhaite passer du temps avec les malades autour d'une activité se heurte à la résistance de l'administration hospitalière contre toute forme de spontanéité, à laquelle elle oppose son obsession du contrôle et de l'évaluation. Le soignant doit démontrer que son activité est utile, sérieuse, efficace, voire que ses effets sont mesurables. L'apragmatisme des patients et l'inertie de l'institution semblent se répondre, dans une complicité mortifère, contre la vitalité indispensable au soin psychique ».

La psychiatrie s'est considérablement humanisée ces dernières décennies. On a des traitements plus efficaces et mieux tolérés. On a modernisé les services, repeints, reconstruits en mieux parfois. Ce ne sont plus les asiles d'autrefois dont je parlais, et heureusement. Mais l'asile, c'est aussi, nous dit le dictionnaire de l'Académie, un lieu sacré, inviolable. Le lieu d'accueil inconditionnel de la folie. Trouver asile, demander asile, protection... Or, toujours en transit, on répète aux malades que l'hôpital n'est pas un lieu de vie, qu'ils vont partir, pas question de s'installer ! Vous n'êtes pas ici chez vous !

La psychoéducation enseigne aux patients ce que les soignants veulent entendre. Ce faisant, elle accentue le clivage entre la partie « saine » et la partie délirante. Il ne s'agit pas de lui cacher son diagnostic ni de mentir sur l'indication des traitements, mais il importe de ne pas perdre de vue que le clivage est une frontière qui protège le malade psychotique d'une angoisse insurmontable et vouloir la lui arracher est une forme de violence.

On parle avec enthousiasme de ceux qui ont conquis l'autonomie à laquelle ils aspiraient, mais pas de l'angoisse et la détresse de ceux qui échouent à la « vie dehors ». On voit ceux qui reviennent, inlassablement, ceux qui nous mettent en échec, et pour qui, selon le triangle de Karpman², on passe de sauveur à persécuteur – quand on ne devient pas soi-même persécuté. Ne faudrait-il pas, parfois, accepter, supporter que rien ne change, et que c'est cela dont certaines personnes ont besoin ? Je sais, ça dérange, mais n'est-ce pas le propre de la psychiatrie de donner asile à « ceux qui dérangent » ?

Quand j'ai appris la création de cet Observatoire, et vu le travail colossal entrepris par cette équipe, je me suis mise à espérer, qu'on allait pouvoir enfin faire remonter les véritables besoins de nos patients : ce n'est pas rien d'accompagner nos malades. Des personnes qui sont parfois là depuis des dizaines d'années, pour eux depuis toujours. Face aux dangers de la « vie ordinaire », certaines personnes sont d'une vulnérabilité indépassable. On veut pour eux

¹ Florent POUPART, *À la rencontre du patient psychotique*, Ed santé mentale 2014

² Stephen KARPMAN, *Drama Triangle*, 1968

<https://www.karpmamandramatriangle.com/pdf/DramaTriangle.pdf>

qu'ils aient « une vie » : faire des rencontres, avoir des amis, ou pas, avoir de la peine, s'inquiéter, avoir des conflits de voisinage, tomber amoureux, aller au marché... Mais gardons-nous de trop plaquer sur eux nos désirs et nos représentations. « Remuez-vous », « faites des efforts », c'est encore une violence, quand c'est un jeu perdant-perdant. Alors que correctement accompagnés, de manière bienveillante, authentiquement bientraitante, parce que cela leur correspond, parce que c'est leur désir qu'on vient soutenir, à leur rythme, beaucoup de choses deviennent alors possibles ! Et pour cela, il faut du temps et de la disponibilité psychique. Et c'est là que nous serons étonnés de ce que peuvent faire nos patients qu'on ne croyait pas capables.

Les structures médico-sociales et les maisons de retraite n'osent pas donner leur chance à certains patients, parce qu'ils portent l'étiquette « psy », ce qui est sévèrement accentuée par la difficulté pour les structures de soins saturées, de répondre rapidement et de façon adaptée aux besoins de prise en charge des patients – et des équipes – en souffrance. Il ne suffit pas de « trouver une place ». Il ne suffit pas qu'il y ait « davantage de places » dans les établissements médico-sociaux. Il faut soutenir les équipes qui accueillent et qui ne sont pas toutes spécialistes de la psychiatrie, et pas juste six mois, mais tout en continuant à s'occuper des nouveaux patients qui arrivent. Il faut que les établissements qui accueillent aient les moyens d'accompagner vraiment les personnes avec bienveillance et bientraitance, tant pour les personnes accueillies, que celles qui les accompagnent au quotidien (qui sont souvent maltraitées).

Jimmy Carter a dit qu'on juge une nation à la manière dont elle traite les plus faibles. Regarder comment font nos voisins plus éloignés permet de voir que tout le monde ne traite pas ses citoyens vulnérables de la même façon. Je pense en particulier à une patiente, fracassée par son enfance, coincée à l'hôpital depuis bientôt 40 ans, qui a fait un essai en Belgique, dans un foyer où 6 soignants par rotation s'occupent en permanence de 10 résidents (et je ne compte pas les administratifs). Ça s'est beaucoup mieux passé pour elle que dans tous les foyers français où elle avait fait des essais, allant d'échecs en rejets ! Elle veut y aller. Ils veulent l'accueillir. Eh bien je ne pensais pas que la MDPH freinerait autant pour lui permettre de quitter l'hôpital ; que de temps et d'énergie gâchés ! Alors que ça ne va pas coûter plus cher que de la garder à l'hôpital, au prix où sont les places aujourd'hui.

Roland Gori³ disait : « ce qu'on demande aujourd'hui au psy, médecin, psychiatre, psychologue, éducateur, assistant social ? On ne leur demande pas de soigner : on leur demande d'attribuer une place à un sujet parmi des populations à risque. Dans quel sous-ensemble on va pouvoir classer tel ou tel patient ? et ça dénature complètement nos pratiques, qu'elles soient soignantes, éducatives ou pédagogiques ». Que de temps perdu et de violence à chercher des places qui n'existent pas en France, pour des besoins spécifiques, ce que met bien en évidence le rapport de l'Observatoire (besoin de place en établissement médico-social, mais adapté, renforcé... places qui n'existent pas).

Alors voilà, comme dirait Baptiste Beaulieu, de l'enfermement à l'abandon, comment trouver l'équilibre entre devoir de protection, respect de la liberté, encouragement à l'autonomie ? Ce sont des valeurs qui ont du sens isolément, mais qui parfois rentrent en concurrence entre-elles. Pour résoudre ces questions éthiques, le mieux, je crois, est de partager nos idées, nos

³ Roland GORI, *Les fabriques du sujet d'aujourd'hui*, texte d'un discours in *Pratiques en santé mentale* 2014 N°1 p8-14

éclairages, points de vue et sensibilités. Face à l'effondrement qui, si on en croit toujours Roland Gori, a déjà eu lieu, et je le pense pour l'hôpital, nous pouvons encore mettre en commun des expériences et des pratiques ; pour rester créatifs, pour ne pas baisser les bras et continuer notre travail de colibri qui fait sa part, pour nous serrer les coudes et nous faire confiance, ce qui nous aidera à mieux faire confiance à nos patients, qui prendront peut-être plus confiance en eux.

Je vous souhaite une bonne après-midi, de belles rencontres et de fructueux échanges.