

Soigner en son âme et conscience ?

"Science sans conscience n'est que ruine de l'âme", écrivait François Rabelais, médecin de la faculté de médecine de Montpellier, dans **"Pantagruel",** publié en 1532.

Éric Bogaert

Psychiatre de secteur retraité

Je ne connais pas cet autre médecin enseignant de cette même faculté, qui a rapporté le 1^{er} mars 2018 l'argument d'un autre médecin enseignant de la même faculté de médecine : *"Il est important d'être exigeant quant à la qualité du stage de pédopsychiatrie car la nouvelle maquette de psychiatrie prévoit un seul stage en pédopsychiatrie. De façon plus générale, l'encadrement du stage de pédopsychiatrie des internes DES en psychiatrie nécessite non seulement une supervision individuelle hebdomadaire, voire pour certaines activités quotidiennes, ce qui suppose la présence de temps médicaux suffisants pour couvrir toute la période de stage, mais aussi un projet pédagogique spécifique comme des réunions de bibliographie ou des séminaires de formation et une approche thérapeutique reposant sur un large éventail des pratiques actualisées et fondées sur des preuves (et pas seulement sur la psychanalyse ou la psychothérapie institutionnelle¹). L'équipe de (ce service de cet hôpital psychiatrique rural à 2 heures de route de la faculté de médecine de Montpellier) ne répond pas à ces critères et l'agrément ne peut être attribué"*.

Comment pourrait-il y avoir des temps médicaux suffisants si on n'autorise pas les quelques médecins qui pourraient en avoir le désir et le courage de partir à la découverte de civilisations étranges et éloignées, étrangères – barbares² – mais terriblement communes ? Il ne faudrait pas oublier que, pour être psy-

chiatres, ces barbares parlent aussi la langue universitaire, certes de façon moins académique et plus populaire ; ce qui en fait des interprètes.

Il me semblait que l'enseignement théorique était plutôt à la charge des praticiens hospitalo-universitaires, les praticiens hospitaliers assurant eux l'enseignement pratique et l'encadrement médical des stages. Par ailleurs je ne suis pas certain que des réunions de bibliographie ni même des séminaires de formation et une approche thérapeutique fondée sur des preuves suffisent à une formation scientifique qui puisse accueillir, contenir, la folie, en rendre compte, et en prendre soin. Il y faut, aussi et peut-être même avant tout, considérer et assumer la densité de ce qui fait d'un homme un peu plus qu'un tas de chair organisé par des lois biologiques probantes – mais aussi, par exemple, par celles du langage, d'ailleurs tout aussi probantes –, et la trame affective et relationnelle dans laquelle s'éprouvent concrètement au jour le jour la folie et les soins de celle-ci.

Prouver, est-ce constater ? justifier ? expliquer ? valider ? ...

Suffit-il de prouver à celui qui souffre d'un membre fantôme qu'il n'a plus le membre qui le fait souffrir pour qu'il ne souffre plus ?

Prouver à celui qui souffre d'une hallucination l'"absence d'objet" de sa perception suffit-il à le soigner ? "mais j'entends bel et bien une voix", rétorquera-t-il ! Peut-on prouver qu'il n'y a pas de fantômes, dans les

1. Faut-il y voir l'effet des interprétations langagières – voire carriéristes – d'intermédiaires zélés de l'administration qui ont compris « consensuel » comme « autorisé », dans les recommandations de bonne pratique sur l'autisme de la HAS de mars 2012 qui parce que *"l'absence de données sur leur efficacité et la divergence des avis exprimés ne permettent pas de conclure à la pertinence des interventions fondées sur les approches psychanalytiques et à psychothérapie institutionnelle"* faisait de celles-ci des *"interventions globales non consensuelles"* ? En tout cas depuis nombre de directions, d'Agences régionales de la santé, d'hôpitaux, d'institutions médico-sociales... se sont faits justiciers en œuvrant à éradiquer ces pratiques dans les établissements dont ils sont salariés.

2. *"Étranger, pour les Grecs et les Romains et, plus tard, pour les chrétiens ; Qui n'est pas civilisé..."* (Le Petit Robert) ; *"Mot formé sur une onomatopée évoquant le bredouillement, l'expression incompréhensible... désignant les peuples étrangers"* qui parlaient une autre langue (Dictionnaire historique de la langue française Le Robert).

livres d'histoire, les rues de nos villes qui portent les noms d'illustres ancêtres, nos esprits ?

Un psychiatre, médecin de l'âme, peut-il prouver qu'il y a une âme ? Et pour faire le psychiatre, ne faut-il pas avoir soi-même une âme ?

Une science de l'homme qui ne connaîtrait pas l'inconscient en serait-elle une ?

Un peu plus loin, à 2 heures de route de cet hôpital rural, dans un autre centre hospitalo-universitaire (CHU), hôpital associé à une faculté de médecine, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté³ (CGLPL) a fait du 8 au 15 janvier 2018 une visite du pôle psychiatrie. Il a *"constaté des situations individuelles, des dysfonctionnements et des conditions de prise en charge, qui permettent de considérer que les conditions de vie de certaines personnes hospitalisées, constituent un traitement inhumain ou dégradant au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme"*, est-il publié dans le Journal Officiel de la République Française du même 1^{er} mars 2018⁴. Il s'agit, pour résumer, de *"conditions d'accueil des pa-*

*tients relevant de la psychiatrie indignes au sein du service des urgences générales"*⁵, d*"une pratique générale d'isolement et de contention dans les unités d'hospitalisation complète ne répondant pas aux exigences législatives et réglementaires"*⁶, et d*"un non-respect du droit des patients"*⁷. Lors de ces contrôles, le personnel est apparu professionnel et dévoué, participant sereinement et de façon constructive au contrôle, et attentif et intéressé aux premiers constats ; désinvolture ou calcul, en tous cas désarmant.

Le CGLPL a adressé le 1^{er} février 2018 ses *"recommandations en urgence"* à la ministre de la santé, en lui donnant 3 semaines pour faire connaître ses observations. Faute de ce retour, la CGLPL a rendu public, comme le lui permet la loi, ses observations et les réponses reçues assorties de ses recommandations. Celles-ci sont les suivantes :

"Les atteintes aux droits décrites dans les présentes recommandations doivent cesser immédiatement, notamment l'accueil au sein du service des urgences.

La prise en charge initiale des patients au CHU doit être réalisée dans le respect de la dignité des personnes et

3. *"Suite à la ratification du protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines et traitement cruels, inhumains et dégradants adopté par l'assemblée générale des Nations-Unies le 18 décembre 2002, le législateur français a institué, par la loi n°2007-1545 du 30 octobre 2007, un Contrôleur général des lieux de privation de liberté et lui a conféré le statut d'autorité administrative indépendante."* peut-on lire sur le site du CGLPL. La Contrôleure générale actuelle est madame Adeline Hazan.

4. *Recommandations en urgence du 1^{er} février 2018 de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté relatives au centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne (Loire), Journal Officiel du 1^{er} mars 2018 NOR: CPLX1805177X*

5. *"Treize de ces (vingt patients relevant de la psychiatrie en attente de places) attendaient allongés sur des brancards dans les couloirs même des urgences. Sept patients faisaient l'objet de contentions au niveau des pieds et d'une ou des deux mains. Deux de ces patients attachés étaient en soins libres, les autres étant en soins sans consentement à la demande du représentant de l'État ou à la demande d'un tiers. Ces sept personnes se trouvaient aux urgences depuis des durées allant de quinze heures à sept jours, cinq étant présents depuis plus de trois jours. Ils n'avaient pu ni se laver, ni se changer, ni avoir accès à leur téléphone portable. Trois d'entre eux devaient user d'un urinal posé le long de leur jambe sur le brancard au-dessus du drap. Or aucun de ces patients ne présentait d'état d'agitation, certains demandant juste à pouvoir être détachés, sans véhémence, dans une forme de résignation et d'acceptation. Les contentions étaient visibles de toute personne circulant dans les couloirs des urgences, notamment des patients souffrant d'autres pathologies et de leurs familles. Les entretiens avec les médecins et infirmiers, comme la délivrance des traitements, s'effectuaient sans aucune confidentialité."* (ibid. note 4)

6. *"Lors du contrôle, toutes les chambres d'isolement étaient occupées. L'enfermement est également fréquent en chambre ordinaire y compris avec contention et sans que la traçabilité informatique n'ait permis de distinguer les types de chambres concernées. Une patiente non agitée mais souffrant de troubles compulsifs est ainsi placée en isolement dans sa chambre ordinaire depuis plusieurs mois, avec porte des toilettes fermée à clé et quatre sorties d'un quart d'heure autorisées par jour pour fumer. Par ailleurs, les placards de rangement de chaque unité abritent une dizaine de nécessaires de contention alors même qu'il n'y a qu'une chambre d'isolement. [...] l'analyse de la pratique est inexistante et les données communiquées par le CHU sont fausses et inexploitable puisqu'elles indiqueraient annuellement 8 000 mesures d'isollements et 1 400 mesures de contentions dont 800 mesures d'isollements et 140 contentions pour des patients en soins libres... des patients en soins libres font l'objet, de manière fréquente, de mesures d'isolement associées parfois à de la contention, pour des durées de plusieurs jours... Les mesures se prolongent donc sans contrôle médical et dans l'illégalité."* (ibid. note 4)

7. *"Les contrôleurs ont observé, dans toutes les unités de psychiatrie, un défaut d'explication de leurs droits aux patients, que ce soit lors des notifications de placement en soins sans consentement, lors de l'établissement des certificats médicaux prolongeant les mesures, ou encore à travers l'établissement de programmes de soins."* (ibid. note 4)

les moyens nécessaires doivent être mis en œuvre pour garantir les possibilités d'hospitalisation adaptées.

Les pratiques d'isolement et de contention doivent faire l'objet d'une réflexion institutionnelle et respecter les prescriptions de la loi du 26 janvier 2016 ainsi que les recommandations du CGLPL, de la Haute Autorité de santé, et du Conseil de l'Europe à travers les normes révisées du CPT⁸.

Une formation sur l'accès aux droits doit être dispensée aux soignants et l'information donnée aux patients doit être déclinée aux différents moments de l'hospitalisation; les cadres de santé doivent établir un contrôle de cet accès aux droits.”.

Le 28 février, le CHU a réagi dans un communiqué de presse. Il reconnaît des *”pratiques à corriger concernant des mesures de contention à limiter davantage en nombre et en durée, ainsi que des parcours de soin à fluidifier”*, et indique avoir *”d'ores et déjà adopté un plan d'actions et mis en place des mesures pour répondre aux recommandations du CGLPL”*.

Il propose ce qui ressemble plus à des justifications qu'à des explications, qui se révèlent tout à fait banales dans le monde de la santé aujourd'hui: inflation des demandes en psychiatrie, *”faible nombre de psychiatres libéraux sur le territoire”*, et mise en place par *”la gouvernance”* d'*”un plan d'actions”* pour améliorer *”le sérieux et le professionnalisme des équipes”*, reconnus lors des visites de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de celle récente du CGLPL, qui proposent des *”prises en charge d'excellence”*. Ces mesures consistent à rappeler la loi sur la contention, proposer des actions de formation à ce sujet, réaliser

des *”analyses mensuelles”* et des *”audits inopinés”*, créer un espace sécurisé aux urgences, améliorer les conditions hospitalières. Et les conclusions du CGLPL sont modérées par une étude rétrospective sur 2 ans montrant que *”la durée médiane de séjour aux urgences des patients relevant de psychiatrie est de 6,5 heures”*, tandis que le CHU souligne les efforts réalisés pour réduire la durée d'attente aux urgences des patients hospitalisés et indique *”l'installation en cours dans les services d'hospitalisation de psychiatrie de lits supplémentaires en chambre individuelle”*.

Soit. Mais on se demande pourquoi il a fallu attendre la visite du CGLPL pour prendre ces mesures, qui ne semblent pas poser de problème budgétaire puisque leur mise en place est effective ou en cours depuis la visite du CGLPL. Les soignants n'auraient-ils pas signalé les carences à la direction? Ou celle-ci aurait-elle été sourde aux signalements et sollicitations des soignants? Et s'agit-il bien, ou même seulement, de ça!

La ministre de la santé a répondu au CGLPL le 2 mars 2018. Elle reprend les explications du CHU, et relativise les temps d'attente des patients psychiatriques aux urgences au cours de la semaine du contrôle par la désorganisation de ce service en raison de l'épidémie de grippe. Puis elle signale les mesures prises par le CHU, plus nombreuses et précises que dans le communiqué de presse de celui-ci.

Elles concernent les conditions d'accueil des patients présentant des troubles psychiatriques aux urgences⁹. *”Des études architecturales sont en cours”*¹⁰. *”D'autres actions s'attachent à faire cesser les isolements et les contentions non conformes à la loi”*¹¹. Un effort

8. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

9. *”Doublement de certaines chambres d'hospitalisation dans le respect des bonnes conditions hôteliers”*, sans qu'on sache si ça signifie que le nombre de chambres est doublé, ou qu'un second lit est installé dans chaque chambre. *”Nouvelle organisation de l'urgence psychiatrique permettant de renforcer la présence des médecins des secteurs au sein des services des urgences”*, indiquant ainsi que celles-ci n'étaient pas très bien organisées, mais pas si ce renfort de temps va manquer ailleurs. *”Hospitalisation des patients du secteur de St Étienne dans les lits d'autres secteurs afin de limiter leur temps d'attente au service des urgences”*, moyennant quoi ceux-ci ne seront pas soignés par l'équipe qui les prend habituellement en charge, au risque de compliquer les soins.

10. *”Aménagement d'un espace spécifique pour les patients présentant des troubles psychiatriques au sein du service d'accueil des urgences, locaux sécurisés...”*, qui ressemble à une ghettoïsation de ces patients. *”Réflexion sur une modification du schéma directeur immobilier (augmentation du nombre de chambre d'isolement, création d'un espace d'apaisement, augmentation du nombre de lits)”*, soit augmentation des possibilités d'une contention aux liens plus lâches, et du volume – d'espace et de soin – des unités, probablement sans augmentation d'un effectif de personnel sans doute déjà insuffisant.

11. Une *”note sur la bonne utilisation de la contention et de l'isolement”* a été diffusée aux médecins urgentistes et psychiatres; en espérant que cette note sera lue et utilisée dans la pratique. *”Formation spécifique des médecins urgentistes sur les pratiques de contentions dispensée par une avocate spécialisée”*; mais que font les professeurs des universités? Et cette avocate va-t-elle parler des droits des patients et des limites de la contention, ou aider les soignants à contenir sans risque juridique? Mise en place d'un *”registre informatisé”* des contentions, qui permettra *”un suivi et un contrôle de l'application des bonnes pratiques”*; curieux que ce CHU ne dispose pas d'un dossier patient informatisé comportant un module de prescription et de surveillance des isolements, à partir duquel un Département d'information médicale devrait pouvoir agréger et exploiter ces informations. Une mise en conformité du registre des isolements et des contentions – qui existe donc –, à partir duquel ces pratiques pourront

sera fait sur l'information des patients sur leurs droits¹². *"Les programmes de soins seront dorénavant conformes au Code de la santé publique"*¹³. *"Les actions pour pourvoir les postes vacants seront renforcées"*¹⁴. Et aussi quelques mesures plus administratives¹⁵ évoquant une mise sous surveillance du pôle de psychiatrie. Enfin sont rappelés le professionnalisme et le dévouement des médecins et infirmiers qui poursuivent *"une psychiatrie communautaire centrée sur la cité"* qui a proposé en 2016 à plus de 95 % de ses patients une prise en charge ambulatoire.

Je ne connais pas ce service, mais on peut trouver sur quelques sites internet professionnels des informations dont la validité ne fait pas de doute.

Sur son site – qu'on considérera comme sérieux –, on apprend qu'au CHU de St Étienne, la psychiatrie c'est le *"pôle psychiatrie adultes et infanto-juvénile"*, organisé depuis 2009 en 4 secteurs de psychiatrie générale

(360 lits et places – 216 lits et 228 places d'après le CGLPL, hospitalisation à temps complet et soins ambulatoires en hôpitaux de jour, centres d'activité thérapeutique à temps partiel, organisés autour de centres médico-psychologiques), 1 secteur de pédo-psychiatrie (78 lits et places – 14 lits et 64 places d'après le CGLPL –), et des activités transversales (consultations de l'équipe de liaison, une unité d'urgences psychiatriques, une unité de prise en charge des addictions, un centre référent des troubles des conduites alimentaires, un dispositif d'appartements thérapeutiques...) autour de l'agglomération stéphanoise. Il est indiqué que l'unité des urgences psychiatriques dispose de 4 Équivalents Temps Plein (ETP) médicaux.

Sur le site – qu'on considérera comme bien informé – de l'association stéphanoise des internes en psychiatrie, on peut consulter le *"guide de survie de l'interne en psychiatrie stéphanoise"* édité pour l'année universitaire 2016-2017. Il y apparaît des effectifs médicaux¹⁶ – en tout 47 médecins, qui sans doute n'exercent pas tous

être analysées – doublon avec la mesure précédente? –. Rappel que les mesures de contention et d'isolement sont interdites pour les patients en soins libres, sauf en cas de risque imminent de violence du patient envers lui-même ou autrui, et des conditions dans lesquelles celles-ci doivent alors être réalisées. Soit rappel de notions essentielles dans la pratique psychiatrique, mais pas de la notion de pathoplastie (cf note 22) tout aussi essentielle en psychiatrie: la violence est souvent une réponse à l'ambiance et aux sollicitations de l'environnement, ce qui suppose une mise en perspective des actes de violence avant d'installer toute action thérapeutique. Renforcement de la formation des personnels, qui sont déjà formés depuis 2012 à ces pratiques. Arrêt de la pratique, illégale, des isollements séquentiels, et aménagements techniques pour que les patients puissent *"s'isoler eux-mêmes dans leur chambre s'ils le souhaitent"*. *"Audits croisés entre établissements"*...

12. Formations encore; mention sur les certificats médicaux et décisions d'admission, outre la description des droits des patients qui y figure, des coordonnées des organismes de recours (les patients reçoivent-ils copie de ces certificats dès leur admission? sinon quel intérêt); meilleure formalisation de la procédure d'annonce avec trace dans le dossier patient et formation, encore; rappel des droits des patients dans le livret d'accueil de psychiatrie; affichage dans les unités de soin de ces droits ainsi que de la liste des avocats.

13. Les obligations en la matière seront rappelées par une note signée par la cheffe de Pôle et le directeur général. Tous les certificats non conformes ne seront pas transmis ou signés par le directeur.

14. Maintien de l'action volontariste de la gouvernance du CHU pour renforcer l'attractivité médicale: recrutement en tant que praticien hospitalier contractuel au 4^e échelon + 10%. Placement par l'ARS de la psychiatrie (pour cet établissement sans doute, mais pas pour tous les établissements connaissant des difficultés de recrutement dans la région, voire sur tout le territoire national) dans la liste éligible à l'octroi de la prime d'engagement dans la carrière hospitalière. Plan de titularisation dynamique et regroupement des activités ambulatoires par secteur pour faciliter les conditions d'exercice des praticiens, qui aurait permis de recruter 7 psychiatres fin 2017; soit dans les mois qui ont précédé le contrôle par le CGLPL!

15. Élaboration d'un projet médical de pôle dans la dynamique de l'actualisation du projet d'établissement (ah, il n'y avait pas de projet médical de pôle?); plan d'actions complet à court, moyen et long terme, suivi par l'Agence Régionale de Santé (ARS); réorganisation de la gouvernance, avec *"mise en place d'une fonction spécifique de directeurs délégués de pôles: un cadre de direction sera ainsi en responsabilité sur le pôle psychiatrie, en lien quotidien avec la cadre administratif et au plus près des équipes"* (ainsi, au médecin chef de pôle, au cadre supérieur de santé, au directeur des soins, et au cadre administratif – mais s'agit-il là du cadre supérieur de santé, devenu administratif, ou d'un cadre effectivement administratif? –, s'ajoutera un cadre de direction; tous ces gens vont s'attacher à ce que les patients ne soient plus attachés; faut-il penser que si les patients sont toujours trop attachés, il y aura nomination d'autres cadres administratifs?) qui *"permettra un suivi plus rapproché des projets du pôle de psychiatrie et des actions envisagées"*.

16. - Urgences psychiatriques: 7 médecins, plus la cheffe de service qui est également cheffe de pôle...

- Secteur de psychiatrie générale du Gier et Pélussinois (40 lits d'hospitalisation à temps plein, 20 places d'hôpital de jour): 5 médecins, chef de service compris

à plein temps – dont on peut dire que, même si le CGLPL – selon celui-ci il manquerait 4 ETP –, la direction du CHU et la ministre de la santé le considèrent insuffisant, il y a tout de même quelques médecins, et probablement pas moins, pour ne pas dire un peu plus, que dans nombre de secteurs de psychiatrie générale du pays.

La cheffe de pôle est aussi chef de service d'un secteur de psychiatrie générale, du centre de référence des troubles des conduites alimentaires, de l'unité de traitement de la dépendance et des toxicomanies, de l'hôpital de jour d'addictologie, de l'unité de consultation à la maison d'arrêt et de l'équipe mobile psychiatrie précarité, et de l'unité d'urgences psychiatriques. Elle est par ailleurs, d'après le site – qu'on considérera comme sérieux – de la faculté de médecine Jacques

Lisfranc de St Étienne, assesseur à la pédagogie – elle en a même été un temps "réfèrent éthique" –. Au titre de professeur des universités, elle a produit un certain nombre de publications scientifiques, dont, au titre de co-auteur, "Pratique de l'isolement chez des patients hospitalisés sous contrainte dans un service universitaire d'urgences psychiatriques. Revue de 266 dossiers. 17", parue en 2014 dans les Annales Médico-psychologiques. Elle est co-auteure de l'ouvrage "Médecine sociale, Médecine légale, Éthique et Déontologie" paru en 2003 aux éditions Ellipses marketing (médecine, éthique, déontologie, et marketing, curieux cocktail !). Elle a été aussi "membre" 18 EA Dynamique des capacités humaines et des conduites de santé", du laboratoire Epsilon, avec l'"appartenance Axe : Dynamique des capacités humaines ; Thème : Changements cognitifs et environnement" 19. Elle est aussi présidente de

- Secteur de psychiatrie générale de l'Ondaine (20 lits d'hospitalisation à temps plein, 25 places d'hôpital de jour) : 4 médecins, chef de service compris
- Secteur de psychiatrie générale de la Plaine (20 lits d'hospitalisation à temps plein, et places d'hôpital de jour) : 3 médecins, plus la cheffe de service qui est également cheffe de pôle...
- Secteur de psychiatrie générale de St Étienne (74 lits d'hospitalisation à temps complet, places d'hôpital de jour) : 21 médecins, sans doute pas tous à temps plein, chef de service compris
- Addictologie : 7 médecins, dont 2 qui interviennent également dans d'autres services, plus la cheffe de service qui est également cheffe de pôle...
- USN1, l'unité de consultation à la maison d'arrêt : 3 médecins, dont 2 interviennent également dans d'autres unités ou services du pôle, plus la responsable de l'unité qui est également cheffe de pôle...
- Interface, l'équipe mobile psychiatrie précarité : 1 médecin, qui intervient aussi aux urgences et dans un autre service du pôle, et la responsable de l'unité qui est également cheffe de pôle...
- Réhacoor, la structure transversale de réhabilitation psychosociale : 1 médecin, qui intervient aussi dans un autre secteur du pôle, et la responsable de l'unité qui est également cheffe de pôle...

Quelques-uns de ces médecins interviennent également dans des unités du service de pédo-psychiatrie.

Enfin s'ajoutent à ces praticiens hospitaliers des internes, qui certes supposent que ceux-là consacrent une attention et du temps à ceux-ci, mais les internes font un réel travail qui ajoute plus qu'il ne consomme du temps médical effectif dans les services.

17. En voici le résumé : "L'isolement thérapeutique est un outil de soin psychiatrique d'utilisation courante. Or, peu de travaux se sont intéressés à son utilisation dans le cadre des services d'urgences psychiatriques. Notre travail propose, à partir de l'étude de 266 dossiers de patients admis en hospitalisation sous contrainte et isolés pendant leur séjour dans un service d'urgences psychiatriques, de déterminer quels facteurs sociodémographiques et cliniques sont en lien avec le maintien de la mesure d'isolement ou sa levée pendant le séjour aux urgences. Deux profils de patients se dégagent de l'étude. Le premier correspond à des patients atteints de pathologies chroniques de type psychotique pour lesquels la mesure d'isolement est maintenue aux urgences. Le second correspond à des patients ayant un profil de crise, présentant des troubles de personnalité, des manifestations autoagressives ou des symptômes de la lignée dépressive et pour lesquels l'isolement est levé. Notre travail dresse un état des lieux de la question de l'isolement dans le soin psychiatrique d'urgence."

18. À ce titre elle a contribué aux programmes de recherche comme responsable de programme, participante (aux programmes) "Synergétique et changements dans la mémoire, la perception et la compréhension" – Responsable d'une étude : "récidives de tentatives de suicides et changements cognitifs en rapport avec une prise en charge téléphonique (financement région 60 000 euros)" et "Remédiation cognitive et schizophrénie" – et "Self et contrôle cognitif" (Participation à l'"étude du réseau par défaut dans la schizophrénie activé dans des tâches faisant référence à soi et désactivé lors de tâches à but dirigé")

19. Elle commente ainsi ses recherches : "En tant que psychiatre chef de service et de secteur, ma participation aux travaux du laboratoire comprend le recrutement et l'évaluation clinique standardisée des patients entrant dans les divers protocoles mis en œuvre (particulièrement la remédiation cognitive) la sollicitation des équipes médicales pas toujours suffisamment concernées par la recherche. En tant que chef de service du service d'urgence psychiatrique mon intérêt se porte actuellement vers les changements cognitifs qui pourraient influencer sur les tentatives de suicide."

l'Association Francophone pour l'Étude et la Recherche sur les Urgences Psychiatriques. Enfin, d'après 2 sites – à la fiabilité indéterminée – recensant les entreprises, elle est dirigeante d'une "affaire personnelle profession libérale spécialisée dans le secteur du conseil pour les affaires et autres conseils de gestion", n'employant pas de salarié, dont le siège est sis à Lyon.

Donc cette personne exerce énormément d'activités, respectables et savantes, notamment dans le domaine de la psychiatrie, des urgences, de l'isolement "thérapeutique", des sciences de la cognition, et, accessoirement, du conseil de gestion.

Alors, comment comprendre cette situation, qui ne semble pas la règle dans le pays, même si on peut craindre qu'il en soit de même dans d'autres lieux ? Il y a des structures de soin, des équipes soignantes formées (dans un CHU, c'est la moindre des choses), aux effectifs sans doute insuffisants mais pas totalement en pénurie (les CHU sont tout de même bien plus attractifs que les secteurs psychiatriques ruraux). S'agit-il d'un problème d'éthique, de soignants peu soucieux de considérer les patients comme des personnes souffrantes ayant besoin d'attention et de respect ? D'une organisation à deux vitesses du "parcours de soins", distinguant les patients suivis et dans une relation de soin réciproquement empathique qui sont directement hospitalisés depuis le lieu de leurs soins lorsqu'ils en ont besoin, de ceux pas encore connus ou dans un rejet de la relation de soin, devant passer par les urgences faute d'avoir une (re)prise de contact rapide en soin ambulatoire, et y attendre qu'une place se libère ? Le "stock" de places d'hospitalisation est-il insuffisant ? Il ne semble pas que la durée de séjour moyenne y soit très supérieure à la moyenne nationale.

Une autre source d'information sur internet est ce blog²⁰ créé pour la circonstance par quelqu'un qui se présente comme soignant du pôle psychiatrie du CHU de St Étienne. Anonyme pour éviter les sanctions qu'il dit risquer de la part d'une direction qui en appelle au devoir de réserve des fonctionnaires pour dissuader les soignants de s'exprimer sur le sujet. Les propos de ce soignant semblent cohérents, documentés, et modérés. Il n'y a pas de raison de douter de leur authenticité, même

s'ils sont évidemment subjectifs car témoignant du regard d'un acteur informé, mais décentré pour exercer dans un lieu de ce vaste ensemble sans pour autant être dans les arcanes décisionnaires.

Dans le premier texte, écrit dans l'urgence de la parution des recommandations du CGLPL, il confirme les abus de la contention au service des urgences, en situant les questions posées par cette pratique et sans s'en faire ni le procureur ni le thuriféraire. Augmentation des passages de patients nécessitant des soins sans consentement aux urgences, augmentation de la pression portée sur la responsabilité des soignants en cas de fugues ou passages à l'acte des patients, labilité souvent de l'acceptation des soins dans ces moments de crise vécus aux urgences, moments qui se prolongent avec la difficulté de trouver des solutions d'hospitalisation en aval des urgences, et contraintes organisationnelles, sont des raisons avancées, tout comme le manque de formation, qui ne convainc pas dès lors qu'il s'agit tout de même de professionnels de l'urgence, assistés de soignants de la psychiatrie sur place, et dans un centre hospitalo-universitaire – même si, dit-on, cordonnier est le plus mal chaussé.

Au passage, il évoque une conception thérapeutique de l'isolement "héritée" de la psychothérapie institutionnelle (PI), comme "*moyen de « rassembler » le patient psychotique*". Pour la PI, il s'agit en fait plutôt d'une fonction contenant des soignants qui s'installent dans le temps et l'espace, jusqu'au contact corps à corps, auprès d'un patient en crise de morcellement d'une acmé dissociative comme on en rencontre dans les évolutions processuelles de psychose, quitte à rejoindre avec le patient un espace calme et isolé du lieu où on se trouve, comme il est recommandé, dans toutes les formations à la psychiatrie, au cours de tous les épisodes d'agitation, de quelque pathologie qu'ils relèvent, pour éviter les complications et une contagion pathoplastiques²¹. Là, cet "isolement" ne contrevient nullement au code de la santé publique, il est le modèle de la relation de soin ("isolement" dans le cabinet du médecin ou la salle d'examen, pour tenir à distance la contamination par des facteurs ou agents étrangers, aseptie relationnelle). Pour ce qu'il appelle les services²² d'hospitalisation à temps complet, la situation semble même pire que celle décrite dans les recommandations du CGLPL, et pérennes. Sa première cause évoquée, le manque de

20. reponse2soignantpsychu42.wordpress.com

21. La pathoplastie est une notion particulière à la psychothérapie institutionnelle, qui signifie que les comportements des patients, comme d'ailleurs ceux de tout le monde, interagissent avec l'environnement et l'ambiance, dans la langue commune pour le commun des mortels et étrangère pour les patients, qu'il s'agisse d'une langue psychique ou corporelle.

22. De façon surprenante – mais pas tant que ça parce qu'énormément de soignants même hospitaliers font cette confusion –, il écrit services là où il est question d'unités (fonctionnelles). Un pôle est constitué de services, qui en psychiatrie sont appelés secteurs de psychiatrie – générale lorsqu'ils s'adressent à la population adulte, au-dessus d'un peu plus de 15 ans (selon le sexe), ou infanto-juvéniles, en dessous de 15 ans et quelques mois –, les services étant constitués d'unités fonctionnelles – d'hospitalisation à temps plein, d'hospitalisation de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, centre médico-psychologique...

temps médicaux, ne pose pas que des problèmes quantitatifs sur le travail des psychiatres ; d'abord il relève de contraintes administratives, gestionnaires, et au-delà politiques, qui échappent aux soignants qui n'ont aucune responsabilité – sinon comme électeurs comme tout citoyen –, ensuite il a des conséquences sur le travail clinique des équipes de soin en réduisant les échanges entre les psychiatres et les autres soignants, qui s'en plaignent. Il semble que le facteur le plus important qui rende compte de l'excès de ces pratiques indignes soit d'ordre structurel, et de deux façons. La taille du secteur de la ville produit des effets d'engorgement dans les structures hospitalières, de soins ambulatoires, et transversales, un nombre pléthorique de médecins peu propice à construire et faire vivre un projet médical cohérent, et des tensions avec les équipes médicales des trois secteurs extra-urbains qui pallient en "dépannant" le secteur urbain. Il semble s'agir là des effets habituels et communs de la politique hospitalière menée depuis une trentaine d'années, mâtinés des particularités locales à la manière d'une pathoplastie institutionnelle.

Ainsi, par exemple, si le manque de temps médicaux (encore une fois, 4 ETP, sur un pôle de cette taille, ce n'est pas "dramatique") pèse surtout sur les unités d'hospitalisation à temps complet, il faut peut-être revoir la répartition de ces postes et l'organisation médicale. Il semble qu'il y ait, dans le secteur St Étienne, qui comporte le plus grand nombre de médecins et de lits d'hospitalisation, des médecins qui travaillent exclusivement dans les unités d'hospitalisation, et d'autres dans les unités de soins ambulatoires, ce qui réduit la circulation des médecins et "rentabilise" leur temps de travail, mais segmente les prises en charge entre "intra-hospitalier" et "extra-hospitalier", antithèse du secteur psychiatrique, et probablement assèche la pratique psychiatrique en la centrant sur des séquences de soin plus que sur la personne des patients.

Quant aux propositions de la direction du CHU, renforcement des protocoles, des exigences et de l'encadrement de la gouvernance, bricolages architecturaux (augmenter de 2 lits la capacité des unités où sont déjà ajoutés dans les faits de un à deux lits selon les besoins, sans effectif supplémentaire ; installer des lits superposés dans les chambres !) et contournements des règles administratives, elles paraissent uniquement matérielles, purement gestionnaires, dilatoires, et impropres à s'attaquer à la cause du mal.

Ce soignant relève un fait très intéressant. Un secteur extra-urbain s'est doté d'une organisation réfléchie et mise en place dans le temps de l'élaboration d'une culture de travail de l'équipe, et il "tourne correctement". Tandis que dans le secteur urbain, cette même organisation a été mise en place par ruissellement, dirait-on aujourd'hui, en arguant qu'il s'agissait d'une

commande de l'ARS ; et la situation d'embouteillage des patients aux urgences semble en résulter en partie.

Il est aussi troublant de remarquer que dans le secteur urbain, qui dessert 180 000 habitants, la grande taille ne permet pas de mettre en place un projet médical, une culture d'équipe, et une organisation fonctionnelle, tandis que dans les secteurs de taille plus petite, ça ne pose pas tant de problèmes. Et que dire alors de pôles comportant plusieurs services, et au niveau de l'hôpital, de la taille des groupements hospitaliers de territoire avec d'éventuels pôles inter-établissements.

Que peut-on opposer à ces pratiques carcérales et barbares²³ qui enchaînent des hommes souffrant d'aliénation mentale, qu'ils consentent ou non aux soins, de plus parfois imposés à leur insu ?

Les recommandations du CGLPL ont été reprises par le CHU et la ministre de la santé, mais seulement dans un registre administratif, et d'une façon qui laisse augurer qu'elles ne seront que soins palliatifs. En effet, c'est la psychiatrie qui est malade. Elle étouffe sous les injonctions économiques et politiques à produire de l'efficacité formalisée selon des normes industrielles, rationalisations scientifiques à en devenir scientistes. Il est évident que l'accueil des patients passe par la disponibilité, physique et psychique, des soignants dans la relation aux patients et à leurs côtés. Puis dans la possibilité de penser ce qui arrive au patient, et aux soignants avec ce patient. De construire avec le patient des liens qui installeront celui-ci dans un apaisement intérieur tel qu'il pourra y trouver matière à accepter de se soigner. Le tout dans un contexte, une ambiance, un champ opératoire stérilisé des artefacts et scories qui découlent de la vie sociale mais aussi la compliquent voire l'encombrent, sans être au fond essentiels pour la vie tout court. De la pensée et de la poésie à la place des protocoles pour guider les soignants dans leur relation aux patients. À défaut, lorsque les soignants ne s'attachent plus aux patients, il ne leur reste plus qu'à les attacher à eux. Des mesures seront prises. Mais que n'ont-elles été prises par les responsables avant que les méfaits ne soient signalés ? N'ont-ils rien vu ? Inconscients, les responsables ? Responsables de quoi ? Ont-ils laissé faire ? Grenouilles plongées dans une eau lentement portée à ébullition ? Anesthésie éthique ? Manque de conscience professionnelle ? Servitude volontaire ?

On ne peut que constater qu'au fond, manquent la prise en compte – voire la connaissance – de la notion de pathoplastie, l'analyse des pratiques, l'analyse institutionnelle, l'élaboration en permanence remise sur l'établi d'une pensée de la nature de la folie, de la pratique individuelle et du dispositif de travail collectif de l'équipe soignante, dans la recherche d'une articu-

23. "... Qui choque, qui est contraire aux règles, aux goûts, à l'usage" (Le Petit Robert)

lation cohérente de l'hétérogénéité de chacun, soignants et patients. C'est-à-dire que manque la référence à la psychanalyse, et son outil fonctionnel – pratique – au-delà des situations de soin en relationnelle, la psychothérapie institutionnelle.

Une conscience qui ne connaîtrait pas l'inconscient n'en serait pas une. Une trace de conscience, diraient les patients de cet hôpital rural d'Occitanie, où une trace d'homme est un homme malade, en mauvais état.

Une science qui ne le reconnaîtrait pas serait une ruine de l'âme. Une trace de science.

Science sans inconscient n'est que ruine de l'âme.

Mais suis-je bête – barbare? –, l'âme a-t-elle encore une valeur aujourd'hui?

le 2 avril 2018