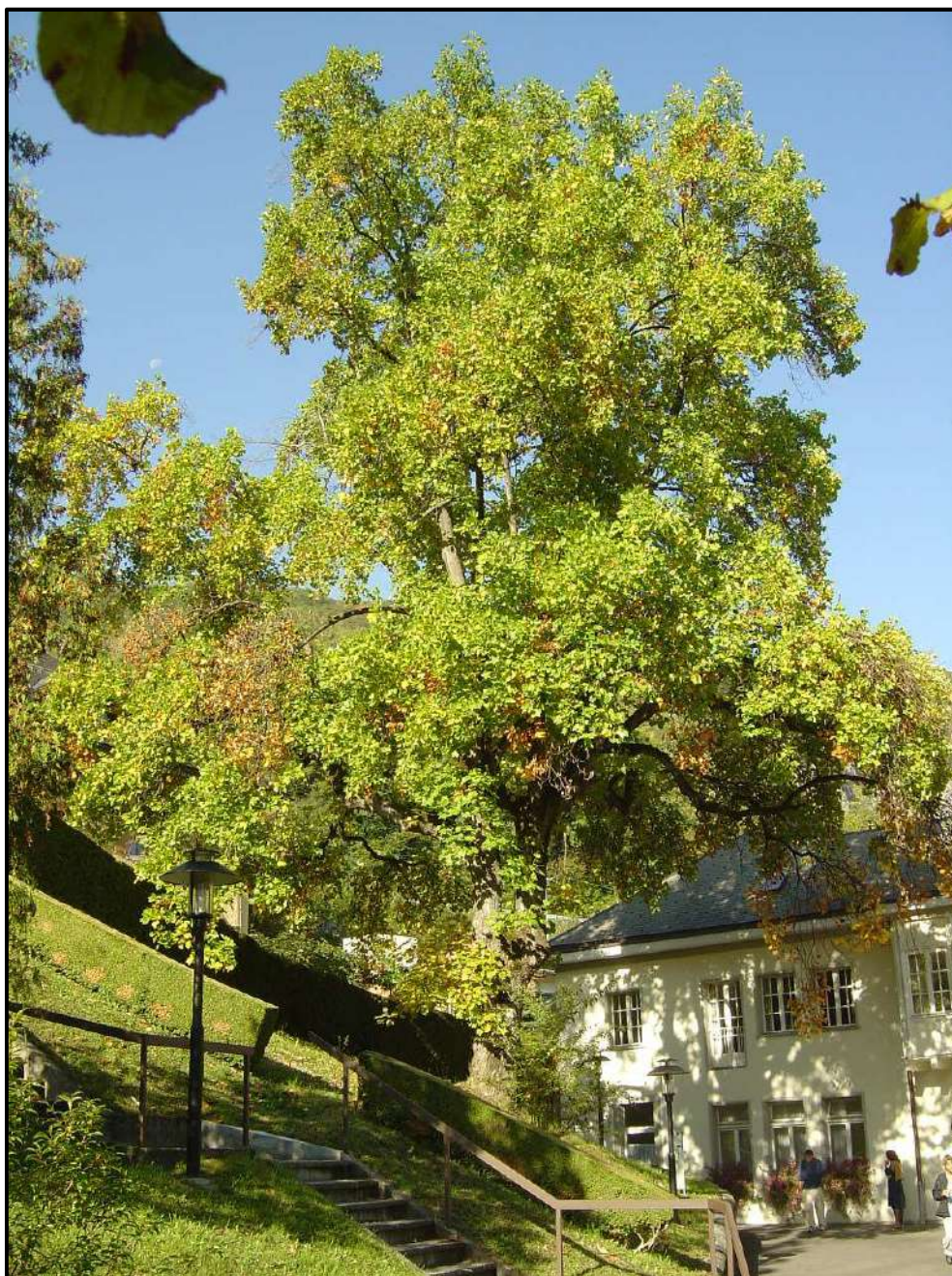


LES DÉAMBULATIONS D'UNE ANIMATRICE SOCIOCULTURELLE DANS L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DE MALÉVOZ



Magdalena Vodoz

Octobre 2010

Table des matières

PROLOGUE	3
A FLEUR DE PEAU	4
Un nouveau monde	4
Une semaine sous le châtaigner	5
LES IPVR	11
Histoire express	11
L'hôpital psychiatrique de Malévoz	12
MALEVOZ DANS L'ESPACE	14
Le parc	15
La cafétéria	16
La chapelle	17
LE MONDE DES PATIENTS	18
Souffrir	21
Etre soigné, se soigner	22
Vivre entre « compagnons d'infortune »	23
Les proches	24
LE MONDE DES PROFESSIONNELS	25
Dynamique d'équipe dans les pavillons	26
SYNTHESE	27
Abandon et ennui	27
Communication	28
Interdisciplinarité	29
Stéréotypes et stigmatisation	30
EPILOGUE	32
ANNEXE	33

PROLOGUE

L'hôpital psychiatrique de Malévoz à Monthey... un monde que je vais intégrer comme animatrice socioculturelle... nouveau poste, nouveaux défis, beaucoup d'enthousiasme de la part d'une institution dont la mission s'ancre principalement dans le domaine des soins et qui ne compte parmi ses travailleurs sociaux que des assistants sociaux. Je n'ai presque pas d'expérience dans le domaine psychiatrique, mise à part une mini approche lors d'un stage en Argentine, alors que je visitais à raison de deux heures hebdomadaires le pavillon psychiatrique d'une prison pour hommes. Ce pavillon était situé en marge de la prison et les conditions de détention y étaient désastreuses. Mes collègues et moi espérions que nos visites permettraient aux détenus, emprisonnés dans des murs et dans des camisoles chimiques, un instant d'évasion, un lien avec le monde extérieur. Malgré mon peu d'expérience dans le domaine psychiatrique, mon parcours professionnel a été ponctué par un vif intérêt pour les interventions sociales visant des populations adultes en situation de détresse : d'un espace social pour hommes migrants au statut précaire voire sans statut, à une prison pour femmes en Argentine, jusqu'au choix du sujet de mémoire de fin d'études qui aborde la problématique du suicide dans une ville andine. J'ai ainsi acquis certaines connaissances des problématiques liées aux situations de détresse tant physique, affective, sociale qu'existentielle : affaiblissement des liens sociaux, exclusion sociale et professionnelle, perte de dignité, marginalisation et stigmatisation, faible estime de soi, solitude, difficultés d'expression. Ces expériences m'ont permis de mettre en place des actions dans la complexité qu'implique ce type de prise en charge.

Mon nouveau poste requiert beaucoup d'autonomie. Tout est à penser, tout est à créer. La direction me donne trois mois pour m'imprégner de l'univers des institutions psychiatriques du Valais Romand, pour observer, pour comprendre, pour donner un regard « frais, neutre, différent » au travers de ce rapport. Je ne pouvais espérer meilleures conditions d'embauche... J'apprécie également le souci de la direction de préserver mon identité professionnelle dans la foule des soignants, de prévenir une malencontreuse glissade dans l'axe thérapeutique. Pour cela, on me rattache au service de direction, empêchant ainsi les ergothérapeutes, les médecins assistants, les psychologues, les infirmiers, l'aumônier ou le jardinier d'avoir une « mainmise » sur moi. Il va falloir que je m'accroche à mon identité professionnelle dans un champ d'intervention assez nouveau de l'animation socioculturelle... j'espère avoir la carrure et l'assurance pour...

A FLEUR DE PEAU

Je commencerai ce rapport par la narration de ma première semaine à l'hôpital qui fut la plus intense de mes trois mois d'exploration. Tout était nouveau, mystérieux, surprenant, passionnant, effrayant... Durant les deux premiers jours, mon cerveau a reçu une quantité d'informations: l'histoire, la philosophie, la structure, l'organisation de l'institution... Informations qui s'emmêlaient et qui peinaient à trouver leur place. Puis, une semaine dans un pavillon d'admission... premiers contacts avec des patients, des soignants, avec le monde particulier de la psychiatrie. Semaine haute en couleurs, que j'ai vécue à fleur de peau...

Un nouveau monde

Un grand parc abrite les multiples bâtiments de l'hôpital et la première chose qui me frappe est sa beauté et sa tranquillité. Il est valorisé pour ses vertus thérapeutiques. J'imagine qu'il offre un espace de ressourcement non-négligeable aux patients, et peut-être aussi aux professionnels. Sur le site, une quantité de bâtiments, trois pavillons d'admissions de psychiatrie adulte, un pavillon de réhabilitation, une unité de psychogériatrie, une unité thérapeutique de jour, un bâtiment administratif, une cafétéria, un pavillon vide, une chapelle, un atelier désaffecté, un chalet, une maisonnette nommée « Mayoux », et j'en passe... Le site se transforme en labyrinthe dans lequel j'ai de la peine à m'orienter. J'ai cette même impression alors que je visite les pavillons. Chacun a sa propre configuration architecturale dans laquelle il est parfois difficile de trouver son chemin. Le blanc des murs marque un violent contraste avec la nature environnante. Tout semble aseptisé, sans âme. Quelques sièges, un téléviseur, peu de tableaux. Les pavillons ont des noms de fleurs ou d'arbres mais ils n'ont rien de bucolique.

L'absence de blouse blanche sur le corps infirmier et médical me surprend. Presque tout le monde est habillé en « civil » : Fruit d'une volonté d'horizontaliser les rapports entre « malades et non-malades » ? De marquer une différence entre la prise en charge somatique et psychiatrique ? Aspect pratique afin d'éviter un énorme travail de buanderie ? Seul le personnel de maison est en blouse blanche. Le monde me paraît à l'envers et m'amuse. Il provoque une sorte de confusion des identités professionnelles. Des petits badges de différentes couleurs ornent les habits des professionnels et leur confèrent leur statut. Je m'amuse aussi à essayer de déceler qui est patient et qui ne l'est pas... cela ne va pas toujours de soi...

Les gens parlent une autre langue, j'ai l'impression d'être étrangère. Le langage de l'hôpital, c'est un jargon d'abréviations... ICUS, UTJ, UPA, CCPP, URESP, PLAFa,... Je n'y comprends pas grand-chose. C'est aussi un nouveau vocabulaire, une terminologie médicale que j'apprendrai peu à peu saisir.

L'hôpital de Malévoz est un hôpital ouvert. Aucun moyen de contention mécanique n'y est utilisé. C'est là l'une de ses singularités, encore aujourd'hui sujette à controverse dans le monde de la psychiatrie hospitalière suisse. Pourtant, lors de mes premières visites du site, je m'étonne du nombre de fois qu'une clé est utilisée pour ouvrir et refermer des portes. Je m'étonne aussi de l'utilisation fréquente du mot « fugue ». Comment parler de fugue si les patients sont libres de rentrer et de sortir ? On m'explique qu'on utilise ce mot car un contrat de confiance a été brisé. Lorsqu'il y a une fugue, la police est avertie et doit rechercher le patient s'il représente un danger pour lui-même ou pour autrui. Pour prévenir les fugues, certains patients sont en tenue d'hôpital. Cet accoutrement peut les retenir de prendre la clé des champs car ils sont très vite identifiables et de ce fait, retrouvables. J'ai un peu l'impression que c'est un hôpital « ouvert à clé ».

Une semaine sous le Châtaignier

Je passe ma première semaine dans une unité d'admission de psychiatrie adulte. Je me suis fixé des objectifs assez larges :

- Avoir une approche globale du quotidien d'un pavillon d'admission de psychiatrie adulte. Mesurer les rythmes de la journée, découvrir les activités qui la ponctuent ainsi que les éventuels moments creux.
- Entrer en contact avec les professionnels, me faire connaître, comprendre la hiérarchie, les rôles et fonctions de chacun, observer le travail en équipe.
- Entrer en contact avec les patients, me faire connaître, écouter ce qu'ils ont à me dire, connaître leur situation. Développer un savoir-être spécifique à cette population, identifier mes émotions, les gérer, trouver une juste distance relationnelle.
- Observer la dynamique de la vie en communauté.

Mon choix s'est porté sur le pavillon « Le Châtaignier ». Je ne sais pas exactement pourquoi ce pavillon plutôt qu'un autre... peut-être à cause de la configuration spatiale du premier étage. En effet, la proximité de la terrasse, du salon, du local de l'ergothérapeute et du bureau infirmier m'a semblée proche de la vie sociale et soignante du pavillon. J'ai tout de même hésité à choisir cette unité. Un patient vit une crise particulièrement aigüe et demande beaucoup d'énergie à l'équipe soignante. De plus, en période de vacances, les remplacements et autres problèmes logistiques en rajoutent une couche à la fatigue.

Avec l'équipe

Mon intégration à l'équipe est difficile. Comme je l'ai mentionné, le contexte n'était pas idéal pour une première immersion, du moins pour bénéficier de la disponibilité des professionnels. De plus, l'information de mon engagement n'a pas été transmise « officiellement » à l'équipe. Elle a peut-être l'impression d'être mise devant le fait accompli, sans avoir pu donner un consentement et sans comprendre l'objet de ma présence. D'ailleurs, très vite, un problème se pose. Nous ne savons pas exactement à quelles informations j'ai accès. Concernant les diagnostics, la réponse reste en suspens. Mais ne pas y avoir accès ne me dérange aucunement. Cela surprend davantage les infirmiers qui ont de la peine à concevoir comment je pourrais développer une relation sans connaître les diagnostics. Cette réaction est sûrement normale selon leur mission professionnelle directement liée aux soins. Quant à moi, cela peut me permettre d'éviter de réduire la personne à sa maladie et d'engager des relations « d'humain à humain » plus que de « soignant à malade ». La question se pose également concernant les entretiens de réseau. Jusqu'à nouvel ordre, nous avons décidé que je n'y avais pas accès.

Cette semaine m'a permis de me faire une idée de la différence entre un ICUS et un clinicien par exemple. Je découvre l'ergothérapie, métier qui me semble être aux frontières de l'éducation sociale (objectifs personnalisés pour une optimisation de l'autonomie), l'animation socioculturelle (utiliser l'activité comme un moyen et non une fin), et la thérapie (avoir comme objectif général le soulagement de la souffrance des personnes). Cependant, comprendre les hiérarchies, les rôles et fonctions de chaque professionnel me prendra du temps. Tout me semble complexe et subtil. Une équipe de femmes de maison est également active dans le pavillon. Je réalise qu'elles font partie intégrante de l'équipe, de la communauté. Les patients et les soignants les connaissent bien et échangent des moments informels avec elles.

Avec les patients

La majeure partie de mon temps se passe sur la terrasse avec les patients qui la fréquentent. Mon statut d'observatrice ajouté à une profession peu connue est difficile à expliquer. Je deviens vite « Madame La Stagiaire ». Dans les valeurs de l'institution, l'importance est donnée à la souffrance du patient plutôt qu'à son diagnostic médical. Malgré cela, le fait que l'univers pavillonnaire soit cantonné aux soins provoque inévitablement une réduction de l'individu à sa maladie et met en second plan les autres dimensions de sa personne. Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que les discussions avec les patients tournent très vite sur leur maladie, leur traitement, leurs symptômes. Pour anecdote, un nouvel infirmier français et une patiente discutent informellement l'espace de quelques instants. On ne s'amuse plus de découvrir les sempiternelles différences de vocabulaire franco-suisse autour de la panosse et de la serpillère, du linge et de la serviette, mais autour d'un vocabulaire psychiatrique ou médical... on s'étonne qu'un « tentamen » signifie « tentative de

suicide » en Suisse ou que les Français n'utilisent pas le terme « glycémie » mais « je-ne-sais-plus-quel-mot ».

Lorsque je parviens à dévier du sujet « maladie », les conversations tournent autour de leur famille, de leur maison, des visites, et du football incontournable en période de mondial. Je suis vite confrontée à la nécessité de remettre le cadre après le troisième « *vous êtes très charmante* » d'un patient. Mes stages m'ont appris à mettre au clair la relation aussi tôt que possible, sinon tout devient vite très compliqué. J'ai davantage de difficultés à remettre à l'ordre le tutoiement d'une patiente dont « *je pourrais être la fille* » et d'un patient qui « *ne vouvoie personne* ». Je sais l'importance que l'institution porte au vouvoiement mutuel. J'apprendrai par la suite que le vouvoiement ne doit pas être mutuel, mais que le professionnel en a l'obligation. Ça me rendra la vie plus facile. Je suis également surprise de la lucidité et de la cohérence dans les propos des patients. Je m'attendais sans doute à plus de « folie ». Parfois, je n'arrive vraiment pas à réaliser où se situe le problème des personnes. Je ne parviens pas à me faire une idée de ce qui les a amené ici.

Le code pénal valaisan stipulait dans une loi de 1859 que les personnes atteintes de folie constituaient un danger d'ordre public. L'amalgame entre troubles psychiques et dangerosité est encore très ancré dans la société. Héritage de l'histoire, cet amalgame découle aussi du message que nous renvoient les médias. En effet, les films de fictions ou les documentaires que j'ai pu voir abordent principalement la dangerosité des malades psychiques et leur potentiel de délinquance. Triste amalgame, souvent utilisé comme cheval de bataille pour stigmatiser la différence, pour coller une étiquette péjorative sur ce qui est méconnu, mal compris, mystérieux. Consciente de cela, un sentiment d'insécurité me tourne quand même autour. En effet, le patient difficile exprime parfois sa souffrance par des accès de colère contre le personnel et contre le matériel. De plus, les infirmières parlent de certaines expériences similaires qu'elles ont vécues durant leur carrière. Je m'efforce de limiter mes craintes quand ce patient est dans les parages, mais c'est plus fort que moi, je me crispe. Un des conseils de l'équipe infirmière fut « *reste sur tes gardes, ils sont imprévisibles* ». Ce conseil m'a fait l'effet du panneau de signalisation routière « *Attention chutes de pierres* » qui m'a toujours paru absurde. Bref, mes peurs m'énervent bien qu'elles me paraissent justifiées. Elles me donnent l'impression d'animaliser un être humain. Nouveau clin d'œil à l'histoire... En 1859 toujours, dans un même article de loi, les « fous » sont associés à des animaux féroces :

« *Sont coupables de contraventions contre l'ordre public :*

(...) Ceux qui laissent divaguer les fous confiés à leur garde.

Ceux qui laissent errer librement des animaux malfaisants ou féroces à eux appartenant »¹.

¹ PRAZ Anne-Françoise, *Discours et pratiques face à la maladie mentale en Valais de la fin du XIX^e à 1940 : Un terrain d'action pour la Maison de Santé de Malévoz*. Mémoire de licence en Lettres. Fribourg : 1985 (p.37)

J'ai peur des réactions involontaires et imprévisibles de cette homme, comme j'en aurais d'un chien ou d'une vache. Et je déteste cette idée que je n'assume pas. J'ai également ressenti une peur très différente durant cette semaine. Etre en contact avec une population qui souffre de troubles psychiques me renvoie forcément à mon propre rapport avec les aléas de la vie, avec l'accumulation d'événements douloureux, avec les limites de ma résilience, avec ma vulnérabilité à trouver refuge dans « la folie ». La soudaine impression de ne pas être à l'abri d'une éventuelle perte de contrôle m'effraie, mais j'essaie de me détendre en faisant l'inventaire de mes ressources personnelles et sociales sur lesquelles m'appuyer en cas de besoin.

La souffrance des patients m'oblige à trouver une distance émotionnelle qui évite de me transformer soit en éponge soit en bitume. Pouvoir identifier ce que je ressens, le comprendre, le gérer tout en restant empathique ; un travail à faire en mode « instantané » dans la relation avec le patient et en mode « différé » dans le partage avec les proches ou les collègues. Travail de chaque instant, travail de toute une vie. Il m'est arrivé plusieurs fois d'être à court de parole face à la souffrance, par exemple quand on me dit : « *je suis foutue, je suis foutue, pourquoi mon cœur s'est pas arrêté de battre quand je suis tombée ?* ». Après avoir fait quelques tentatives d'apaiser la situation, je peux déléguer la situation au personnel soignant.

Les patients n'ont pas choisi leurs « co-locataires » et parfois je sens des tensions entre les personnes, surtout des plaintes de ne pas pouvoir se reposer « *parce qu'il y en a un qui crie la nuit, parce qu'il y en a un autre qui fait peur, parce qu'il y en a qui sont collants* ». Toutefois, il y a aussi une solidarité, on s'inquiète du moral des uns et des autres, on se rassure, se conseille. Souvent, les discussions entre patients tournent autour des médicaments, de leurs effets bénéfiques ou des désagréments des effets secondaires.

Le rythme

C'est au rythme de ce qui s'ingurgite que les patients vivent leur quotidien. Leur journée est ponctuée par les horaires des repas et des prises de médicaments. Je suis consciente que les soins ne se réduisent pas à la médication. Mais n'ayant pas accès aux autres moments, mes observations s'arrêtent à la file de patients qui attendent leurs pilules devant un petit local à différents moments de la journée. D'après les informations que j'ai pu glaner, le traitement englobe plusieurs autres types de soins. Les patients participent régulièrement à des entretiens médico-infirmiers qui permettent de faire un état des lieux de leur l'état psychique et d'en évaluer l'évolution au travers d'objectifs thérapeutiques personnalisés. Des séances d'ergothérapie, en individuel ou en groupe, ponctuent également la semaine. J'entends aussi parler des « packs ». Ces soins consistent à emballer le patient dans des couvertures froides pour favoriser le contact avec son propre corps et diminuer les angoisses. Malgré ces informations, les soins restent un mystère pour moi, non seulement en quoi ils consistent exactement, mais aussi le sens qui leur est donné.

La dimension la plus importante du traitement de la souffrance psychique repose sur la qualité des liens relationnels entre soignants et soignés. Durant cette première semaine, j'ai l'impression que le temps nécessaire à la construction d'une relation de confiance doit céder la place à un lourd travail administratif d'ouverture et de remise à jours de dossiers, d'évaluation de charge de travail, de comptes à rendre. Les interactions interpersonnelles entre soignants et soignés sont très limitées, peut-être aussi à cause du peu d'effectif, d'autant plus qu'un patient occupe toute l'attention d'un infirmier. On regrette « *le professeur de sport qui était là toute la journée et avec qui ont pouvait faire des activités physiques en individuel ou en groupe* », « *les anciens espaces d'ergothérapie où l'on pouvait faire davantage d'activités variées* », certains regrettent aussi « *la socio (- thérapie), où on pouvait faire de la musique, des sorties, et où il y'avait une cafétéria autogérée* ». Pour ceux qui n'ont pas vécu ces années-là, « *on s'ennuie tout court* ». Bref, les journées sont longues, trop longues. Là-dessus, il n'y a pas de doute. Les infirmiers n'ont pas assez de temps et les patients en ont trop.

Quoi qu'il en soit, les moments de soins n'occupent qu'une infime partie de la journée. Le reste du temps, force est de constater qu'il n'y a pas grand-chose à faire. Cette même impression a été vécue par une proche d'une personne borderline : « *Ces séjours en hôpital psychiatrique ne furent cependant jamais des périodes de traitement actif, et mon impression était qu'il ne s'y passait strictement rien (...) Au pénitencier, à la même période, un énorme effort avait été fourni pour offrir aux détenus des activités créatrices ou culturelles, des rencontres, des débats, des expositions, des compétitions sportives : atelier cinéma, spectacle, musique et invités. Le contraste avec ce « rien » qui semblait régner à l'hôpital m'avait paru révoltant. Pourquoi les détenus et pas les malades psychiques ?* »². J'ai l'impression que le développement de la psychiatrie ambulatoire a transformé le monde hospitalier en « déambulatoire ». Les patients déambulent, errent dans les couloirs du pavillon, dans un mouvement de somnolence qui accentue la sensation de « vide », de « rien ». J'ai moi-même pu vivre cette expérience. N'ayant pas de tâche particulière attribuée et n'ayant pas d'accès aux moments de soins, la déambulation dans le pavillon a fait partie de mes journées. Ce comportement n'est donc pas uniquement lié aux effets secondaires des médicaments, comme j'aurais été tentée de le croire. Les patients me donnent l'impression d'être là, juste là, à exister ou plutôt à inexister. Pourtant, les risques suicidaires sont continuellement évalués... n'est-ce pas un peu paradoxal ?

Pour les patients qui bénéficient d'un contrat de confiance, les promenades dans le parc ou en ville de Monthey font aussi partie intégrante de la journée. Le parc élargit le périmètre de déambulation. La cafétéria devient lieu de pèlerinage. Elle permet de s'éloigner du monde un peu tendu du pavillon et des soins, elle favorise une vie sociale. J'ai aussi une impression étrange dans le pavillon. En effet, je vois très peu

² MENETREY-SAVARY Anne-Catherine, *Bordeline. A un compagnon disparu*, Lausanne : Editions d'en bas, 2009.

de patients. Je me demande souvent où ils sont. A la cafétéria ? A la sieste ? En ville ? Dans le parc ? Sous la douche ? Avec le médecin ? Une grande question pour moi... d'autant plus que la cafétéria ou le parc semblent peu fréquentés... j'ai l'impression que tout est dispersé, tout est mystérieux...

Violence

La violence m'a semblée omniprésente. Tout d'abord la violence que certains patients s'infligent à eux-mêmes. Des marques d'automutilations ornent macabrement le corps de plusieurs patients. Moyen utilisé pour atténuer les angoisses, pour sentir le corps, pour se sentir exister, pour appeler au secours ? Je ne sais pas exactement. Au-delà des marques physiques, la violence du jugement qu'ils se portent à eux-mêmes, la violence d'une estime de soi massacrée, la violence des émotions qui envahissent les personnes...

Violence institutionnelle ensuite : les habits de l'hôpital imposés pour éviter les fugues, certains propos entre infirmiers sur les patients avec les portes du bureau ouvertes, les effets secondaires des médicaments, la monotonie du quotidien des patients, la réduction de leur personne à leur maladie et à leurs symptômes...

Violence sociale enfin : Violence de l'affaiblissement du tissu social et familial, violence d'une société qui restreint les droits des personnes, qui expulse, licencie, stigmatise, exclue, exige, opprime...

LES INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES DU VALAIS ROMAND

Dans un premier temps, mes actions auront comme priorité l'hôpital de Malévoz. J'aborderai donc dans ce rapport les observations concernant sa dynamique et laisserai de côté celles qui se rapportent à la prise en charge communautaire et ambulatoire de la souffrance psychique.

Histoire express

Pour comprendre la situation actuelle de l'hôpital de Malévoz, il convient de faire un bref détour historique. En guise de résumé : *« L'évolution de la psychiatrie-psychothérapie contemporaine s'est faite dans notre pays vers une progressive déshospitalisation et un raccourcissement considérable des durées de traitement. Cette dynamique a conduit, d'une part à transférer dans le domaine social la prise en charge résidentielle à long terme des personnes souffrant de troubles chroniques durables et, d'autre part et de manière générale, à transférer l'activité psychiatrique spécifique dans le domaine de la médecine ambulatoire extra-hospitalière »*³.

Il est incontournable de parler du Dr. Jean Rey-Bellet, directeur de Malévoz de 1965 à 1990. Son nom est systématiquement mentionné car c'est principalement sous son impulsion que s'est entamée une véritable révolution de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques : *« c'est tout à la fois la fin des portes fermées à l'hôpital psychiatrique, l'introduction de techniques psychiatriques nouvelles, la constitution d'équipes thérapeutiques pluridisciplinaires, l'admission des familles, la constitution de réseaux de prise en charge extra-hospitalière, et l'importance de la réinsertion des patients dans la vie sociale, toutes réformes qui suscitent de vives polémiques dans les années 1970 »*⁴. C'est non seulement l'abolition de tout moyen de contention mécanique à l'hôpital de Malévoz, mais aussi un véritable mouvement de désinstitutionalisation qui est entrepris. Le nombre de lits est passé de 450 en 1965 à 120 aujourd'hui. La durée moyenne d'hospitalisation est d'environ 20 jours et les plus longs séjours ne dépassent pas une année. L'hôpital de Malévoz n'est plus qu'un maillon d'un énorme réseau qui prend dès 1990 l'appellation « Institutions psychiatriques du Valais Romand – IPVR ». Les IPVR offrent une série de prestations : la psychiatrie hospitalière, la psychiatrie communautaire ambulatoire répartie en 4 centres de compétences, le service de médecine pénitentiaire et le service d'expertise psychiatrique, l'information au public, la formation des professionnels et la recherche scientifique.

³ BONVIN Eric, *Centres de psychiatrie communautaire pour les secteurs de la région du Valais romand. Concept d'activité 2007-2012*, Monthey, 2008

⁴ VOUILLOZ BURNIER Marie-France et BARRAS Vincent, cités in *Centres de psychiatrie communautaire pour les secteurs de la région du Valais romand. Concept d'activité 2007-2012*.

L'hôpital psychiatrique de Malévoz

Aujourd'hui, l'hôpital de Malévoz s'occupe de la prise en charge hospitalière des personnes adultes, domiciliées en Valais, souffrant de troubles psychiques. Le mouvement de déshospitalisation « *a relegué la question du soin institutionnel de la souffrance aux seules situations de crises traitées dans l'enceinte de l'hôpital : crises existentielles (avec risques auto-agressifs), comportementales (avec risque hétéro-agressif), crises sociales (ruptures et violences sociales)* »⁵. L'hôpital n'est plus un lieu de vie. Qu'est-il donc ? Quelles sont ses fonctions ?

L'hôpital accueille

Hôpital, hospice, hospitalier... tous ces mots ont la même racine qui nous renvoie à la notion d'accueil. L'hôpital est un lieu d'accueil, on y reçoit l'autre dans sa souffrance, dans sa différence, dans sa singularité. L'hôpital de Malévoz est devenu un lieu d'accueil des situations d'urgences. Il doit pouvoir recevoir des personnes 24h sur 24h et être à même de les prendre en charge. Hôpital public, il doit accepter toutes les personnes qui en ont besoin, quelle que soit leur situation économique, sociale, culturelle ou médicale. Il se doit également d'en accueillir les proches : pouvoir les informer, les orienter, les rassurer, les impliquer.

L'hôpital protège

L'hôpital est un asile bien que l'utilisation de ce terme soit politiquement incorrect. Cependant la définition du mot est intéressante. L'asile est avant tout *un lieu inviolable où l'on se met à l'abri des poursuites de la justice, d'une persécution, d'un danger*. Il nous renvoie à la notion de protection et de sécurité. Depuis la seconde moitié du 19^{ème} siècle, les « fous », étaient placés à l'asile par souci de sécurité publique. Encore en 1968, Goffman décrit l'institution asilaire comme « *un organisme qui prend en charge les personnes jugées à la fois incapables de s'occuper d'elles-mêmes et dangereuses pour la communauté, même si cette nocivité est involontaire* »⁶. Aujourd'hui, la considération de la folie a évolué. On protège avant tout la personne contre elle-même, notamment en tentant d'empêcher des suicides. Beaucoup de patients s'y rendent de leur propre volonté pour s'y sentir en sécurité, contenus, protégés : « *Tu es toujours venu là de ton plein gré, pour te calmer, pour dormir, pour te sentir en sécurité. Ce fut un refuge précieux. La menace du suicide n'était pas étrangère à ce choix : tu cherchais à être protégé contre toi-même* »⁷. L'hôpital sert de refuge pour se reposer, faire le point, se décharger d'une série de pressions vécues à l'extérieur, à la maison, au travail, au foyer socio-éducatif, etc. C'est un lieu où l'on peut se donner le droit d'aller mal, de souffrir et de reprendre des forces.

⁵ BONVIN Eric, BENDER Gabriel, GALLAZ Christophe, *La culture de la cité de Monthey à l'hôpital psychiatrique de Malévoz*, Concept de référence, mars 2010.

⁶ GOFFMAN Erving, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Les Editions de Minuit, 1968.

⁷ MENETREY-SAVARY, op.cit.

L'hôpital soigne

C'est évidemment la fonction principale de tout hôpital. Il faut comprendre par « soigner » le fait de soulager la souffrance des personnes. Or, la souffrance n'est pas de même nature dans un hôpital somatique que dans un hôpital psychiatrique. Dans le premier, elle est objective et dans le second elle est subjective. D'ailleurs, la terminologie « troubles » psychiques montre bien que la maladie est difficilement identifiable, qu'elle garde sa part de mystère. En psychiatrie, il est impossible de faire l'impasse sur l'humain qui souffre. La philosophie des soins de l'hôpital tend à considérer la personne malade dans son ensemble, dans le respect de sa dignité, de ses convictions personnelles et religieuses. La liberté et les droits des personnes doivent être respectés. L'importance primordiale est donnée à l'aspect relationnel. D'ailleurs, la première condition du traitement est le consentement du patient. La création et le maintien d'une relation de confiance est capital pour la prise en charge.

« L'hôpital psychiatrique, c'est le seul hôpital que quand tu sors t'es pas guéri » m'a dit un jour un patient. L'hôpital soigne mais ne guérit pas. Il tente de palier la crise, de stabiliser l'état du patient, de l'aider à recouvrir l'autonomie nécessaire pour réintégrer son milieu de vie. L'hôpital est donc un relai. Il doit pouvoir orienter les patients à leur sortie, travailler en réseau, faire le nécessaire pour que les personnes puissent continuer à évoluer à l'extérieur. D'ailleurs, le terme de désinstitutionnalisation est à prendre avec des pincettes. En effet, on observe une multiplication des institutions intermédiaires. Un travail de coordination entre les acteurs du réseau socio-sanitaire devient prioritaire et demande encore à s'optimiser pour pouvoir assurer une certaine continuité et une cohérence dans les prises en charge.

L'hôpital enferme

La notion d'enfermement m'a beaucoup questionnée. En effet, la liberté qu'évoquent les termes « hôpital ouvert » a ses limites. C'est un monde un peu fermé, replié sur soi, soustrait au regard du public. L'utilisation fréquente des termes « à l'intérieur » et « à l'extérieur » est parlante. Le pavillon de psychogériatrie m'a rappelé la prison. Les portes sont fermées. Certains patients ont un dispositif « anti-errance » qui sonne s'ils sortent. Bien que ces dispositions servent la sécurité des patients, ces derniers demeurent enfermés. Les placements non-volontaires à des fins d'assistance (PLAFA) représentent aussi une lourde atteinte à la liberté personnelle. Cette mesure peut être prise *lorsque l'assistance personnelle nécessaire ne peut être fournie d'une autre manière*⁸, c'est-à-dire lorsque la gravité de la maladie ou de l'état d'abandon présente un risque pour la personne elle-même ou pour autrui. L'hôpital doit être attentif à ne pas devenir un « parking » de personnes qui dérangent et qui n'ont rien à y faire. L'hôpital psychiatrique, un peu à contre-gré, contribue à enfermer les personnes dans des diagnostics qui peuvent leur coller à la

⁸ Art. 397a, alinéa 1 CCS

peau longtemps et être de véritables obstacles pour la réinsertion dans la vie familiale, professionnelle et sociale.

L'hôpital est un lieu de rencontre

L'hôpital permet également aux personnes marginalisées, souffrant de solitude, et stigmatisées au quotidien de bénéficier d'opportunités relationnelles. Les personnes rencontrent des « pairs » et créent des liens, amicaux, amoureux, fraternels. Plusieurs patients m'ont fait part de cet aspect positif de l'hôpital : « *ici, on n'est pas seul et on se comprend* ». La sortie est parfois source d'angoisses... angoisse de se retrouver seul à la maison et d'affronter le regard des autres.

MALÉVOZ DANS L'ESPACE

Les mots m'intriguent. « Malévoz » signifie « les mauvaises eaux » à cause de la mauvaise qualité des eaux qui traversaient le terrain à l'époque. Le « Chablais » quant à lui signifie « la tête du lac »... Les mauvaises eaux dans la tête du lac... Cette traduction est intéressante. La connotation péjorative du nom de Malévoz, « le mauvais, l'anormal, le dangereux, etc. » se situe dans « la tête ». Et c'est d'ailleurs dans le cerveau que la psychiatrie, « médecine de l'âme ou de l'esprit », a longtemps cherché la source de la folie. Et c'est, entre autres, en essayant de rééquilibrer les dosages chimiques dans le cerveau qu'elle tente d'agir dessus.

L'hôpital de Malévoz est intégré géographiquement à la ville de Monthey, bien qu'il soit situé (encore une fois) à la « tête » de la ville. Malgré cette position centrée, le site est un peu caché, un peu en marge, protégé du regard du public. Depuis la route qui monte à Champéry, on n'y voit que le bâtiment administratif. Depuis l'Avenue de France, une barrière d'arbres cache le site. Cela rajoute une touche de mystère à un monde peu et mal connu, rempli de mythes et de représentations.

Chaque espace de l'hôpital de Malévoz a son ambiance, ses fonctions, son histoire, sa symbolique aussi... Dans ce chapitre, je parlerai de quelques espaces « extra-pavillonnaires ».

Le parc

J'ai déjà évoqué la beauté du parc. D'une superficie de 80'000 m², c'est le plus grand parc public du canton. C'est peut-être parce qu'en Valais il suffit de monter de quelques kilomètres pour se retrouver en pleine nature dans un paysage montagneux que les agglomérations de la vallée du Rhône ne possèdent pas d'espaces verts « urbains » dignes de ce nom. Le fait est qu'en 2006, lors des journées du patrimoine dédiées aux parcs, c'est celui de Malévoz qui a été choisi par les autorités cantonales pour être mis en valeur. Ainsi, durant 2 jours, près de 150 personnes ont pu le découvrir et profiter de visites guidées.

Le parc est un atout pour la prise en charge des patients. Un des éléments qui distingue les patients psychiatriques des patients somatiques, c'est qu'ils soient debout et non pas alités. Il est donc primordial qu'ils puissent bouger, se déplacer dans l'espace, se ressourcer en plein air sans se soucier du regard des autres comme cela peut être le cas dans les hôpitaux psychiatriques intégrés aux hôpitaux somatiques.

Il y a des coins plus intimes, pour être tranquille et des espaces plus sociaux. Des tables situées un peu partout permettent aux patients de se rassembler en petits groupes. Cependant, c'est principalement à proximité de la cafétéria que le parc est fréquenté. Le parc est entretenu avec délicatesse et harmonie. En m'y baladant, je me suis dit à plusieurs reprises que c'est là qu'on y ressent un sentiment qui s'avoisine à l'amour. Le chef jardinier travaille à Malévoz depuis 30 ans. Il est très attentif à faire du parc un lieu hospitalier et convivial pour les patients et leur famille. Il met beaucoup d'importance à l'aspect « humain et social » de son travail. Quand il évoque Rosette, la truie laineuse, il me parle des sourires qu'elle provoque aux patients qui lui rendent visite. Au sujet de ses poules, il m'en parle comme favorisant le contact entre les enfants en visite et leur parent hospitalisé : *« le dépressif, qui ne dit rien, qui se sent mal, quand ses enfants vont vers les poules, ça provoque une interaction, ça favorise le contact entre eux, ça détend l'atmosphère »*.

Mais le parc est peu fréquenté par les habitants de Monthey. Bon nombre n'y sont jamais venus. Le week-end, il y a moins de personnel et beaucoup de patients bénéficient de sorties. Le parking est presque vide. Le parc devient triste, on dirait un désert. On a l'impression qu'il n'y a aucune vie sur le site. Le parc peut être un très bon point d'ancrage pour favoriser le lien entre la cité et l'hôpital, en l'intégrant dans des itinéraires de promenades touristiques, en mettant en valeur sa biodiversité, en y intégrant des parcours didactiques, en y organisant des événements socioculturels ouverts au public.

La cafétéria

La cafétéria a été inaugurée en 1968. Elle a vu le jour dans les années de grandes réformes : volonté de rendre l'hôpital plus convivial et de réunir dans un même espace les patients, les collaborateurs et les visiteurs. La cafétéria nous rappelle qu'à l'extérieur, nous évoluons tous ensemble : « *c'est bien qu'on soit tous mélangés, car dehors on est tous ensemble, les fous et les pas fous* » m'a dit un jour un patient avec le sourire.

La cafétéria n'est pas uniquement un lieu où l'on se nourrit. Bien que cela soit sa fonction première, c'est de loin la moins importante. Elle représente à mes yeux le lien le plus important avec « l'extérieur ». Son emplacement la situe d'ailleurs à la frontière du parc et de la ville. La réintégration à la vie sociale est à portée de main, à quelques dizaines de mètres. Pour les patients, aller boire son café ou manger à la cafétéria, c'est un peu le premier pas vers la sortie. Quand un patient va mieux, il se déplace dans l'espace. Dans le pavillon, il monte dormir au premier étage. Dans le parc, il va à la cafétéria. S'y rendre est un défi, s'y rendre c'est un peu recouvrer son autonomie. C'est aussi un lien avec « l'extérieur » car c'est un lieu de rencontre, de socialisation. Les patients s'y réunissent, discutent. C'est un peu le bistrot du coin, malgré sa part d'austérité. C'est aussi le lieu où l'on reçoit souvent celui qui vient de l'extérieur, le proche, dans un cadre qui ne ressemble pas trop à un hôpital.

A l'intérieur de la cafétéria ou sur la petite terrasse, à part quelques exceptions, les infirmiers mangent ensemble, les médecins ensemble, le service médico-technique ensemble, les dames d'entretien ensemble, etc. Les disciplines et les hiérarchies se dessinent, se fragmentent. Je trouve que cette appropriation de l'espace reflète un peu la dynamique de l'hôpital : « on travaille tous ensemble mais chacun de son côté ». Puis, il y a les tables de patients, certains sont en groupe, d'autres seuls. Ce constat m'a fait penser à un passage d'un ouvrage de Boris Cyrulnik dans lequel il décrit un phénomène d'exclusion spatiale mutuelle: « *Les malades, constitués en groupes de malades, s'étaient approprié le fond du cockpit pour y partager leurs repas. Alors que les soignants, constitués en groupes de non-malades, s'étaient approprié les espaces en hauteur (...) chaque groupe, inconsciemment constitué, s'était exclu de l'autre en s'appropriant un espace différent. Ce langage spatial exprimait le contraire du langage de nos mots, qui, lui, continuait à réciter nos bonnes intentions !* »⁹.

Bien qu'il n'y ait pas beaucoup d'échanges entre les « malades et les non-malades », la présence des patients lors des repas dérangent parfois quelques professionnels qui n'ont plus l'impression d'être en pause. En effet, il arrive qu'un patient demande de l'attention, entre en communication, sollicite des professionnels. A la cafétéria le malade reste un malade, le professionnel un professionnel et cela provoque parfois un malaise. Il semble difficile de s'extirper de son rôle et de son statut. La relation

⁹ CYRULNIK Boris, *Mémoire de singe et paroles d'homme*, Paris : Hachette Littératures, 1983.

reste verticale, soignante, un peu rigide. C'est pourtant un cadre propice pour investir du « temps relationnel », du « temps humain » qui fait défaut dans la routine pavillonnaire.

La chapelle

La chapelle est elle aussi située à la frontière du parc et de la ville. Elle incarne la dimension spirituelle de la prise en charge psychiatrique. A l'entrée de la chapelle, une statue de Dymphna de Geel, la Sainte Patronne des Malades Mentaux¹⁰, protège et veille sur l'hôpital. Selon la légende, Dymphna est une princesse irlandaise du VI^{ème} siècle qui s'est réfugiée avec le Père Gerebernus à Geel, en Belgique, pour échapper à son père qui voulait la prendre pour épouse. Ils s'y installèrent et s'occupèrent des pauvres et des nécessiteux. Le père de Dymphna les retrouva et après avoir essuyé un ultime refus de sa fille, il les fit décapiter. La ville de Geel est devenue, au cours du XX^{ème} siècle un centre de soins familial pour les patients psychiatriques. La statue de Dymphna exprime donc une longue tradition d'accueil et d'hospitalité des personnes marginalisées et souffrantes de troubles psychiques.

Les messes sont célébrées deux fois par semaine, le jeudi et le dimanche en fin d'après-midi. Elles sont interactives et permettent aux patients et à leurs proches de s'exprimer et de participer. Le Père Lukadi m'a décrit ainsi sa mission spirituelle au sein de l'hôpital de Malévoz : « *c'est avant tout parler à l'humain qui souffre et quand on parle à l'humain, on parle à son cœur, pas à sa tête* ». C'est donc une mission d'humanisation de la prise en charge. Sur demande des patients ou lors de ses présences à la cafétéria et dans les pavillons, le Père Lukadi les écoute sans jugement et leur transmet principalement « *un message d'amour et de pardon* ». Pour les patients qui sollicitent une rencontre avec l'aumônier, il est important de se sentir soutenu et aimé par une instance supérieure. La notion de pardon, à soi-même et à l'autre, est également importante pour aller de l'avant.

Un personnage incontournable de l'histoire de Malévoz est l'ancien aumônier, le Père Noël. Tout le monde en parle pour ses qualités humaines et sa non-conformité. Le Père Noël qui tutoyait tout le monde, qui connaissait tout les patients et leurs proches, qui était un peu excentrique, un peu hors-norme. Il vivait sur le site et était quotidiennement au contact des personnes touchées par la souffrance psychique. Il mettait de l'âme à l'hôpital. Le Père Noël m'a un peu collé à la peau durant ces trois mois... « *Le Père Noël faisait comme ça lui* » ou « *voici la nouvelle aumônière* »... ont été des phrases que j'ai entendues à plusieurs reprises. S'il est vrai que

¹⁰ Sainte Dymphna est aussi la patronne des hôpitaux psychiatriques, des épileptiques, des victimes d'inceste, des princesses, des psychiatres, des psychologues, du personnel spécialisé en santé mentale et des somnambules.

l'animation socioculturelle a aussi cette fonction de « donner de l'âme »¹¹, d'aider à « redonner un sens à la vie » en contrecoup d'une prise en charge basée principalement sur le biologique, il est toujours surprenant d'être comparée à un aumônier. En effet, nos outils et nos méthodes diffèrent.

Dans une optique de promotion de la santé, la spiritualité est souvent considérée comme un facteur de protection car la qualité des relations est considérée comme un trait du bonheur. Elle s'intéresse à des valeurs qui ne sont pas monnayables et donne de la profondeur à l'existence : elle promeut une confiance en la vie, en soi, en les autres¹². La dimension spirituelle a donc toute sa légitimité au sein de l'hôpital. Je me demande aussi quelle place donne la prise en charge clinique à la spiritualité, au-delà d'un respect des convictions religieuses de chacun... et si cette dimension spirituelle peut être intégrée à la « culture clinique », si cela ferait sens d'utiliser des techniques spirituelles adaptées à l'époque actuelle et à notre culture pour se recentrer, s'élever, donner un sens à la vie.

LE MONDE DES PATIENTS

Durant ces trois mois, J'ai principalement passé du temps avec les patients. Au-delà de ma présence lors d'activités de groupe, les journées passées dans les pavillons m'ont offert le cadre propice pour entrer en contact avec eux. C'est dans les lieux communs, dans les salons mais surtout sur les terrasses, que la relation se créait pour se développer ensuite à la cafétéria où aux hasards des flâneries dans le parc. Les gens se rassemblent principalement autour des cendriers. Il y a plus de goudron dans les poumons des patients (et des miens) que dans le parc de l'hôpital. Certains commencent ou recommencent à fumer ici : « *Il n'y a un peu que ça à faire* » chantent les patients en chœur ! La fumée remplit un vide, elle donne l'impression de faire quelque chose.

J'ai parfois été maladroite, j'ai posé des questions un peu trop intrusives, j'ai ri dans des situations déplacées, j'ai manqué de patience et d'écoute avec certaines personnes, j'ai utilisé un vocabulaire parfois inapproprié. Mais j'ai toujours considéré avec respect l'humain en face de moi et tenté de mettre en second plan le tableau clinique qu'il représente. Je crois avoir pu développer des relations de confiance avec certaines personnes. Une relation professionnelle mais pas soignante. La position parfois inconfortable d'observer, d'être présente sans être dans l'action pure et dure, a été à la source de moqueries de la part des patients qui me voyaient en

¹¹ Le mot *animation* vient du latin *anima* : l'âme, le mouvement.

¹² PERRET-CATIPOVIC Maya, *Le suicide des jeunes. Comprendre, accompagner, prévenir*, Saint-Maurice : Editions Saint-Augustin, 2004.

perpétuelle pause-cigarette : « *j'occupe l'animatrice* » a répondu un jour un patient à l'ICUS qui lui demandait ce qu'il avait fait pour la grillade communautaire. Parfois, les patients étaient très demandeurs : jouer à des jeux, faire réciter des poèmes, être spectatrices à des sketches ou des morceaux de musique. Parfois, pas du tout. J'ai accepté toutes ces demandes qui favorisaient la rencontre, le contact, la relation.

J'avais au départ des difficultés à savoir quand et comment il est possible d'utiliser l'humour avec les patients, outil qui fut précieux à la relation dans mes expériences professionnelles. J'ai commencé par ne jamais essayer. J'avais peur que le message soit mal pris, que la personne se sente persécutée ou blessée. J'avais aussi l'impression que l'humour n'avait pas sa place dans un hôpital psychiatrique où les larmes sont légions. Il y règne une ambiance tragique. Il en était de même en prison jusqu'au jour où lors d'un fou rire, une prisonnière m'a dit « *rire, c'est un espace de liberté* ». Rire, c'est prendre de la distance, s'est s'échapper un instant, c'est mettre un peu de légèreté à la lourdeur du quotidien. Rire, c'est profondément humain. Au fil du temps, j'ai appris à sentir, à l'instinct, quand il était possible, ou pas, d'avoir recours à l'humour. Dans les hôpitaux de jour ou dans l'unité de réhabilitation, ça a été plus facile, peut-être du fait que les patients vont mieux et sont plus disposés à l'utiliser et à le recevoir. Les professionnels aussi intègrent plus facilement l'humour à la vie du lieu et à la relation.

C'est principalement dans le pavillon de psychogériatrie que j'ai eu le plus de difficultés à affronter mes émotions. Certains patients me brisaient littéralement le cœur. Ils me rappelaient parfois mon grand-père, ils faisaient écho avec ma propre histoire. Quand un patient cherche toute la journée le chemin du Val d'Illicz, me demande de lui vendre les clés de la porte de sortie, tente de grimper aux arbres pour passer la barrière du jardin, je perds l'équilibre. La condition sociale des personnes âgées m'attriste. Avec les personnes anorexiques aussi, j'ai des difficultés à entrer en contact. J'ai l'impression qu'il y a un mur entre elles et moi, mur que nous bâtissons ensemble. La violence qu'exprime la maigreur du corps m'atteint, tout comme le sur-contrôle qu'elle reflète. Je crois que j'ai des difficultés à entrer en contact avec les personnes dont la souffrance se voit déjà dans leur physique. Je continue à travailler sur moi-même pour faire face à mes émotions.

Les patients m'ont toujours fait bon accueil, c'est poliment et timidement que nous entamions des discussions. Les patients pensaient souvent que j'étais une nouvelle patiente. Parfois, ils me demandaient si j'étais une nouvelle infirmière. J'expliquais que j'étais animatrice socioculturelle et que j'avais quelques mois pour découvrir l'institution et les personnes qui la font vivre. Et de préciser que je n'étais pas une thérapeute. Cette systématique entrée en matière sur l'animation socioculturelle lançait assez spontanément les patients sur des discussions concernant l'hôpital.

La problématique de l'ennui, liée à la monotonie du quotidien et à l'inactivité, est toujours abordée. Des jeux de cartes et de société sont à dispositions. La variété de l'offre dépend d'un pavillon à l'autre. Dans certains cas, ils sont sous clés. Il manque

parfois des cartes, des pions, des manuels. Plusieurs tables de ping-pong sont sur le site, proches des pavillons voire sur leur terrasse. A nouveau, le matériel fait parfois défaut. Un jour, j'ai pu obtenir une balle après vingt minutes de recherche à travers différents pavillons. Il y a également un terrain de tennis et un de pétanque. Ils ne sont pas très visibles et se situent au fond du parc. Ils sont peu fréquentés et peu connus. Il est également difficile de savoir où se trouve le matériel et à qui s'adresser. Il y'a également des journaux dans les pavillons : le Nouvelliste, le Matin et parfois le 24 heures. Il y en a un exemplaire de chaque et ils sont lus par les patients, les infirmiers et les dames d'entretien. Quelques vieux livres traînent aussi par ci par là. Il serait nécessaire de pouvoir faciliter l'accès des patients à ces ressources, remettre le matériel en état et diversifier l'offre (surtout de la presse et de la littérature).

Concernant les activités qui ponctuent la semaine, le karaoké et le sport sont, à ma connaissance, les seules activités régulières ouvertes à tous les patients qui bénéficient d'un contrat de confiance. Le karaoké a lieu une fois par semaine, le vendredi, de 14h à 15h30. Le sport a lieu du lundi au jeudi de 15h à 17h. Un atelier d'écriture est en train de se mettre en place par l'équipe d'ergothérapie. Dans les pavillons d'admission, il y a une fois par semaine environ un « groupe ludique » animé par l'ergothérapeute. Quand les infirmiers ont le temps, ils organisent des petites balades en groupe ou font des jeux avec les patients. J'ai l'impression que c'est souvent durant le week-end ou en toute fin de journée. Dans le pavillon de psychogériatrie par contre, la semaine est ponctuée par des activités de groupe : « groupe presse », « groupe jardin », groupe « cuisine », « groupe retraite », « groupe contes ». Sur le site il y a également une quantité de groupes thérapeutiques « affirmation de soi », « éveil au corps », « gym douce », « tai shi », etc. Toutes ces activités sont prescrites et sont des groupes « fermés ». Je n'ai jamais su exactement où elles avaient lieu, qui y participaient, qui les animaient. Ces groupes restent un mystère pour moi. Dans les hôpitaux de jours ou le pavillon de réhabilitation, la journée des patients est cadencée et structurée aux rythmes de diverses activités. Le cadre est plus stimulant. Au début de chaque matinée, un moment est réservé à « l'accueil » : autour d'un café, patients et infirmiers se réunissent et définissent le planning des activités de la journée : activités ludiques, communautaires, hors-murs, psychothérapeutiques, corporelles, relaxantes. Ce moment est très important, il permet de se réunir, d'organiser la journée, de se transmettre des informations, d'écouter les propositions des patients. Il offre aussi un cadre qui encourage à s'exprimer sur le fonctionnement de la vie en communauté, qui favorise les prises de responsabilités, les négociations, les dialogues. Je me suis toujours dit qu'il serait intéressant que ce type d'espace existe dans les pavillons d'admission. A voir si tout le monde y voit du sens et si c'est logiquement faisable.

Si je devais définir les moments les plus creux de la journée, je dirais que c'est de 10h à midi, de 15h à 18h, de 20h à 22h. Et le week-end aussi. C'est difficile pour moi de définir ces moments, car ils varient d'un patient à l'autre, selon ses rendez-vous

médico-infirmiers, sa participation à des groupes thérapeutiques et le cadre défini dans sa prise en charge. Je me rends compte que j'ai « calculé » ces moments creux en fonction des horaires de repas, des prises de médicaments et des moments de repos.

Un autre aspect qui est rapidement abordé par les patients est la flexibilité du cadre thérapeutique, soit le fait que l'hôpital soit un lieu ouvert. Le fait de pouvoir sortir facilement du pavillon, se promener dans le parc, négocier des sorties en ville ou à la maison, ainsi que la flexibilité des horaires de visites sont des éléments qui plaisent beaucoup. Les patients qui m'ont parlé de leurs séjours dans d'autres hôpitaux préfèrent de loin la prise en charge de Malévoz. Alors que nous discutons de ces éléments sur la terrasse de la cafétéria, un patient m'a dit avec humour « *c'est pour ça que j'y suis venu, j'ai lu dans le guide du routard des hôpitaux psychiatriques que celui de Malévoz avait trois étoiles* ».

Souffrir

A l'hôpital, plusieurs générations, cultures, classes sociales se côtoient. Il n'y a pas de règle. Le dénominateur commun entre ces personnes est une souffrance dont l'intensité les empêche de se développer dans leur existence personnelle, professionnelle, familiale et sociale. Certaines personnes m'ont livré un morceau de leur histoire. J'ai toujours pris cela pour un « cadeau » qui signait une certaine confiance établie entre nous. La plupart du temps, l'attente des personnes était que je les écoute sans jugement et que je reconnaisse leur souffrance. La relation a permis de créer l'espace pour déposer le fardeau, le transmettre, le partager. Certaines histoires résonnaient en moi, d'autres me révoltaient, d'autres m'interrogeaient. J'essaie de comprendre, de trouver un sens, de m'expliquer l'apparition d'une maladie psychique. Les troubles psychiques sont des phénomènes humains et complexes, donc multifactoriels. Je pense que pour les appréhender, il est question de mettre en évidence les relations qu'entretient l'individu avec son milieu physique, familial, social, culturel, économique. La santé mentale est bien l'affaire de tous. J'imagine qu'il faut aussi en accepter une part de mystère. Toutefois certaines problématiques sont communes à la majorité des patients : affaiblissement des liens sociaux et familiaux, perte d'un statut social valorisé, stigmatisation, marginalisation, faible estime de soi, difficultés financières, solitude.

Ponctuellement, j'ai été confrontée à des situations qui dépassent mes compétences d'animatrice socioculturelle. Une demande concrète d'aide ou de conseil thérapeutique m'était formulée. Par exemple, dans un pavillon, une femme me demande de m'asseoir à sa table. Elle pleure, elle entend des voix qui ne la laissent pas tranquille et qui lui font peur. Elle veut que ça cesse, elle n'en peut plus. Elle me demande comment faire. Je ne peux que l'écouter et lui dire : « *Je comprends, ça doit vraiment faire peur* ». Je lui dis aussi que je ne sais absolument pas comment

faire et que demander un entretien avec un médecin ou une infirmière est le meilleur conseil que je puisse lui donner. Je lui propose qu'on aille ensemble au bureau des infirmiers. Un médecin la prend en charge. Plus tard, je la recroise et elle me dit qu'elle va mieux. Ce type de situations m'a permis de bien saisir les limites de mes actions et de pouvoir orienter les personnes vers les professionnels compétents.

Etre soigné, se soigner

Les patients m'ont souvent parlé de leurs appréciations concernant les soins. La qualité du lien relationnel avec les professionnels est mis en cause, non pas par manque de compétences mais par manque de temps : « *Ils n'ont pas le temps de s'asseoir un moment avec nous, de nous demander comment ça va, de parler un moment* ». Cependant, tous s'accordent sur le fait que « *quand on a vraiment besoin d'eux, ils sont toujours là* ». Le temps relationnel accordé aux patients prend place dans les situations d'urgence. L'image que m'a donnée un patient est parlante : « *les infirmiers viennent quand on appuie sur la sonnette* ». Un jour, une patiente me dit qu'elle n'ose pas aller demander un entretien infirmier parce qu'elle a peur de déranger, « *parce qu'ils ont tellement de travail* ». Je lui dis qu'il ne faut pas hésiter, qu'ils sont là pour cela et qu'ils trouveront un moment, même si ce n'est pas tout de suite. Elle insiste, elle ne veut pas les déranger « *pour si peu, ils ont d'autres choses plus importantes à faire* ». Certains patients ont donc aussi des difficultés à demander de l'aide ou des informations. J'ai l'impression que c'est parfois dû à la personnalité des personnes, peut-être aussi à leur maladie, et parfois parce qu'ils ont peur des répercussions qu'une demande d'aide pourraient avoir sur leur traitement.

Les patients reconnaissent les qualités humaines des professionnels. On m'a souvent mentionné le bien que tel ou tel entretien avec un médecin ou un infirmier leur a procuré. Ils sont conscients qu'il manque d'effectifs pour le nombre de personnes malades et qu'ils doivent souvent écrire des choses sur l'ordinateur. L'ordinateur... maudite machine sans cœur... Maudit obstacle à la relation humaine ! En plus, j'ai l'impression que c'est davantage oralement lors de réunions d'équipe que l'essentiel des informations est transmis. Je pense aussi que ce manque de temps relationnel peut empêcher de considérer toutes les ressources personnelles des personnes.

Un autre point abordé est le manque de clarté dans les informations. Parfois, ils ne savent pas qui est leur infirmier de référence, quelles sont les activités qu'il y a sur le site, si ils y ont accès, quelle est le cadre auquel se tenir, etc. Un exemple amusant est celui d'un jeune patient: « *J'ai appris dernièrement ce qu'était un contrat de confiance. Moi, depuis le premier jour, je me balade dans le parc. Et puis un jour, on m'a dit que je pouvais avoir un contrat de confiance. On m'a expliqué ce que c'était. J'ai rigolé* ». Cet exemple montre également la flexibilité du cadre thérapeutique de l'hôpital.

La discontinuité dans les soins est un problème soulevé par beaucoup d'études et aussi par les patients. Subir la relève thérapeutique, principalement à l'admission et à la sortie de l'hospitalisation n'est pas une tâche facile. Les patients doivent chaque fois raconter leur histoire, leur parcours, leur souffrance. Ils doivent se réhabituer à au nouveau thérapeute et recréer une relation de confiance. Il arrive qu'il en aille de même durant la période d'hospitalisation. En période de vacances, les patients passaient d'un médecin à l'autre, d'un infirmier de référence à l'autre. D'autant plus qu'il y a beaucoup de tournus dans les équipes tout au long de l'année. Je pense que le manque de temps relationnel, le manque de clarté dans les informations, et la discontinuité dans les soins sont des paramètres qui peuvent entraver la confiance des patients envers les soignants et retarder la création d'une alliance nécessaire à la qualité de la prise en charge psychiatrique.

Et pour finir... les médicaments ! Qu'est-ce qu'on en parle de ces médicaments ! J'ai l'impression de ne pas savoir parler français quand les discussions s'enflamment autour des témestas, du séroquel, lithium, et j'en passe... débats autour des vertus et effets secondaires de telle ou telle pastille. Les patients sont de véritables pharmaciens. Les effets secondaires, considérés par les psychiatres comme des « moindres maux », m'ont beaucoup posé de questions. J'ai de la difficulté à me positionner face à cette problématique. Beaucoup de préjugés que j'avais ont été bouleversés. Je m'attendais par exemple à voir beaucoup plus de « zombies », et à ma grande surprise, ce ne fut pas le cas. Mais je me suis aussi rendue compte que les effets secondaires des médicaments sont peut-être des « moindres maux » mais quand même des « grands maux ». La baisse de la libido, la prise de poids, l'étourdissement ou d'autres effets secondaires ne favorisent pas l'estime de soi et peuvent être des obstacles dans la relation aux autres. La dépendance aux médicaments me questionne aussi.

Vivre entre « compagnons d'infortune »

Chaque pavillon est une petite communauté. Et vivre en communauté n'est jamais facile, cela demande des efforts d'adaptation à « l'autre ». « L'autre » pose problème aux patients quand son comportement paraît insensé, confus, halluciné, incompréhensible. « L'autre » c'est le « patient franc-fou ». La folie de « l'autre » fait peur car elle confronte à sa propre maladie, à sa condition de personne hospitalisée. Il est difficile de s'identifier à « l'autre » car on voit plus ses symptômes que sa souffrance. En psychogériatrie, une patiente dépressive m'a dit que de cohabiter avec des personnes démentes lui fait peur pour elle-même, peur que cela lui arrive, peur de perdre sa dignité.

« L'autre » embête quand il est agité, quand il sème la pagaille, quand il est collant, quand il demande beaucoup d'attention, quand il fait du bruit. Il est fatigant, il empêche de se reposer. Les patients me posent souvent la question de ce qui peut

bien m'intéresser dans le domaine de la psychiatrie. Ils ne comprennent pas ce choix, « *ça doit vraiment être pénible* ». Je leur demande alors ce qui est pénible selon eux. C'est toujours « l'autre », ce patient qui prend tellement d'énergie, l'agitateur de service.

Malgré ces difficultés, il règne beaucoup de solidarité entre les patients. On se parle, on s'écoute, on s'inquiète pour l'un, conseille l'autre, encourage à entreprendre certaines démarches, on prend des nouvelles de la famille. Des amitiés se créent. Des clans aussi. Toute une dynamique « souterraine », « clandestine » se sent. J'en observe des bribes, en entend des fragments. Des mots sont chuchotés, de l'argent prêté, des regards complices sont échangés. Tout un monde, un univers, des codes, auxquels je ne peux avoir accès. Comme en prison d'ailleurs.

Les proches

« *Tu sais si t'as des vrais amis quand tu es à l'hôpital ou en prison* » m'a dit un jour une patiente. Les visites permettent de recevoir du soutien, de l'affection, de la compagnie. C'est souvent un moment réjouissant. Angoissant aussi. Angoisse de montrer sa vulnérabilité, de ne pas savoir quoi dire à ses enfants, à ses proches, de leur donner des soucis en plus. Certains refusent les visites, ils ne veulent pas qu'on les voie dans cet état, ils préfèrent préserver leur entourage. Ils ont honte. Ils craignent aussi que d'autres patients fassent peur à leur proche. Angoisse aussi du moment où les visites s'en iront. Certains patients n'ont peu, voire aucune visite, leur tissu social est très appauvri.

Ce visiteur, ce proche, est une personne touchée de près par la maladie psychique. J'ai pu avoir un aperçu de ce que vivent les proches au travers d'une rencontre au théâtre du Crochetan : sentiments de culpabilité, de révolte, d'incompréhension, de peur, d'impuissance... la confrontation au jugement des autres, les difficultés à penser à ses propres besoins, à exister dans un univers où la personne malade prend toute la place, la difficulté à avoir accès à des informations, à trouver de l'aide. Plusieurs associations sont nées d'un besoin des proches de se rencontrer. Elles offrent un « *lieu d'espoir d'un mieux-être* ». Elles leur permettent de s'entraider, de casser des tabous, de sortir de la solitude, de partager leur souffrance, de déculpabiliser, de lâcher prise, de recevoir des conseils, des outils, des informations, de créer des liens forts.

Susie Riva m'a donné un éclairage sur la vision des proches concernant l'hôpital de Malévoz. Elle a recueilli ces informations lors d'une enquête exploratoire menée dans le cadre du ZOPP. L'hôpital ouvert fait parfois souci aux proches qui ont peur que la personne malade parte, fasse une bêtise. Cela m'a surpris : en effet, l'enfermement est souvent critiqué et crée des polémiques. Pourtant, il arrive qu'on regrette que Malévoz n'y ait pas recours. Les proches souffrent aussi de la confidentialité quand la personne malade refuse que des informations la concernant ne soient transmises.

Les proches se sentent alors démunis. Les proches manquent également de confiance en les compétences des professionnels. Les proches critiques également le manque d'informations claires pour s'orienter dans le système. Ils sont désorientés. Susie parle de psycho-éducation. Elle propose par exemple que l'hôpital utilise les nouvelles technologies comme internet pour informer la population, pour vulgariser les informations, pour l'aider à s'orienter, à mobiliser les ressources existentes en termes de santé mentale.

LE MONDE DES PROFESSIONNELS

L'hôpital grouille de professionnels d'horizons différents... Jardiniers, infirmiers, médecins, secrétaires, chercheurs, bibliothécaires, cuisiniers, personnel d'hôtellerie, informaticiens, ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychologues, assistants sociaux, comptables, et j'en passe... Tous ont un point commun, ils travaillent pour offrir aux patients les meilleures conditions d'hospitalisation.

Ces trois mois m'ont permis d'entrer en contact avec beaucoup de professionnels différents. J'ai été un peu maladroite, au départ, dans mes méthodes d'approches. J'avais un vieux réflexe argentin, à savoir passer à l'improviste pour me présenter et agender d'éventuels rendez-vous. J'ai vite compris que cette méthode était trop intrusive et demandait trop de flexibilité dans le quotidien des professionnels. Il valait mieux téléphoner. Malgré ma maladresse et l'incompréhension que suscitait parfois ma présence, les professionnels m'ont généralement fait bon accueil. Curieux, ils me posaient souvent des questions très précises sur mes futurs projets dans l'hôpital. J'en profitais pour présenter l'animation socioculturelle au sens large et pour tenter de modifier une représentation très ancrée, à savoir la réduction de la profession à de l'occupationnel. En observant le quotidien des professionnels, j'ai pu me faire une idée des rôles et fonctions de chacun et des dynamiques d'équipes. Je profitais des moments informels pour poser des questions et approfondir mes observations. J'ai souvent dû insister sur le fait que mes actions ne s'ancrent pas dans le domaine thérapeutique. Cette dimension est parfois difficile à comprendre dans le milieu des soignants. Par exemple, un infirmier me demande comment je vais transmettre mes évaluations de patients aux équipes soignantes et si je vais les entrer sur *Phoenix*. Je lui dis que mes évaluations ne porteront pas sur des paramètres thérapeutiques. Il me dit : « *mais alors, si un patient te dit qu'il va se suicider, tu fais quoi ?* ». Je lui dis que c'est sur le moment que je signalerai la situation et que je la délèguerai aux personnes compétentes. Dans ma pratique j'évaluerai l'activité, à savoir si elle favorise la participation active des personnes, la valorisation de leurs ressources,

l'expression, les échanges, la création de liens, etc. Je n'évaluerai ni les personnes ni leurs symptômes.

L'organisation de la prise en charge psychiatrique a subi de nombreux changements ces dernières années : entre autres, l'intégration des IPVR au RSV, la restructuration de la prise en charge communautaire désormais organisée en centres de compétences, l'intégration de l'ergothérapie aux unités, la fusion du pavillon « long séjour » avec le pavillon de réhabilitation. Prochainement, ce pavillon deviendra un pavillon d'admission. Ces changements ébranlent les repères des professionnels et exigent une certaine flexibilité et des capacités d'adaptation. Je me rends compte que j'arrive dans des années de grandes réformes.

Dynamiques d'équipe dans les pavillons

Un jour, un infirmier m'a dit : « *En psychiatrie, les infirmiers ont plus de reconnaissance qu'en somatique, mais moins d'autonomie. Pour caricaturer, on doit demander au médecin si le patient peut aller boire un verre à la cafétéria* ». Cette remarque a pris tout son sens alors que j'étais présente lors des rapports journaliers. La transmission d'informations se fait principalement d'infirmiers à médecins car ils sont présents dans le pavillon tout au long de la journée et bénéficient ainsi d'une plus grande proximité avec les patients. Disons qu'ils sont au premier front. Les décisions, par contre, sont généralement prises par le chef de clinique. Il y'a quand même une dynamique de concertation mais elle reste moindre et dépend d'une unité à l'autre. Les informations des infirmiers sont précieuses pour les médecins qui les prennent en compte dans les stratégies de prises en charge. Le travail des infirmiers est valorisé au quotidien. Ils sont les piliers de l'hôpital. Les infirmiers sont un peu « les yeux, les bras et le cœur des médecins ». Les yeux car ils observent, les bras car ils exécutent et le cœur car ils créent et entretiennent la qualité d'une relation de confiance et accompagnent les patients dans leur cheminement thérapeutique. Quant aux médecins, ils sont « le cerveau et la bouche » de l'équipe. Le cerveau parce qu'ils diagnostiquent, évaluent, analysent et la bouche car ils prennent les décisions, définissent les stratégies et donnent les directives. Cette image est un peu caricaturale, mais c'est l'impression que j'ai eue.

Quant à l'ergothérapie, j'ai de la difficulté à la situer dans la dynamique d'équipe. Je sais que l'ergothérapie vit de grands bouleversements. Encore maintenant, je ne comprends toujours pas tout du débat enflammé autour des enjeux, remises en questions et positionnements qui sévissent dans l'institution. En tout cas, les professionnels expriment un manque de reconnaissance de l'institution. Une chose est sûre, quand les ergothérapeutes sont absents, les patients s'en plaignent. De ce côté-là, il y a une forte reconnaissance. D'autres professionnels travaillent en collaboration avec les équipes mais ils sont en « électrons libres » sur le site. Ils sont sollicités mais n'interviennent pas dans la concertation et les prises de décisions

concernant les prises en charge cliniques des patients. Lors des révisions de traitements, j'ai observé une autre dynamique d'équipe. Ces réunions interdisciplinaires hebdomadaires offrent un espace de réflexion autour d'une situation clinique. Chaque professionnel exprime son avis, ses questionnements, ses propositions d'interventions. Elles permettent à l'équipe d'avoir une vision commune et partagée afin de se mettre d'accord sur des pistes d'interventions cohérentes. Sinon, j'ai l'impression que chacun appréhende les situations cliniques de son côté.

Les dynamiques d'équipe diffèrent d'un pavillon à l'autre. Le chef de clinique et l'infirmier chef donnent la teinte au pavillon, ils en dessinent la politique, influencent le type de prise en charge. Une équipe donne l'impression de travailler en vase-clos, se suffisant à elle-même. En tout cas, durant les rapports, les ressources institutionnelles « extérieures » sont peu mobilisées (physiothérapie, groupes thérapeutiques, assistante sociale, etc.). Le discours est très médical. D'autres au contraire mobilisent beaucoup ces ressources et les discours cernent davantage la globalité de la personne malade. La politique de chaque pavillon influence forcément les pratiques des professionnels au quotidien. Tout cela se reflète dans les relations que je tissais avec les patients et les professionnels.

SYNTHÈSE

Abandon et ennui

Le manque de « temps relationnel ou humain » pour écouter, connaître, et accompagner les patients est un constat qui m'a frappé aux yeux des premières semaines. C'est également un constat qui fait l'unanimité des professionnels dans le domaine de la santé mentale et que tout le monde regrette. La lourdeur des tâches administratives et le manque d'effectifs semblent en être les causes principales.

Ce manque de temps relationnel ne favorise pas le sentiment d'existence chez les patients, ou seulement au travers de leur maladie. Il n'y a plus de temps pour donner de l'intérêt à la personne : « *L'élargissement du regard à la globalité de la personne et de son parcours rend souvent les patients intéressants (...) L'intérêt stimule la curiosité, terme qui prend son origine du latin cura, le soin. Le fait de soigner et la curiosité ont donc la même racine. Être l'objet de curiosité dans le cadre de la consultation, c'est déjà être l'objet de soins* »¹³. Cet intérêt devrait pouvoir avoir sa place hors du cabinet de consultation. La personne me semble abandonnée, avec pour seule compagnie, sa maladie.

¹³ MARIN Christian, « *Au-delà de l'ennui : l'effort pour rendre l'autre intéressant* », Revue Médicale Suisse, février 2009.

Les moments de soins ne prennent qu'une infime partie de la journée des patients. Le week-end, c'est l'apothéose de l'ennui. L'animation socioculturelle peut intervenir sur cette problématique en tentant aux travers de ses actions de renforcer les liens sociaux, de promouvoir la participation des personnes à des projets qui donnent un sens à leur quotidien, de valoriser des ressources des personnes, de créer des espaces d'expression, de rencontres et d'échanges. Elle se doit aussi de marquer le temps, de le rythmer.

Communication

Avant de passer quelques jours dans les pavillons, j'avertissais l'ICUS. Le jour de mon arrivée, l'équipe n'était pas au courant de ma venue. Malgré cette situation un peu inconfortable, j'ai presque toujours été accueillie chaleureusement. Toutefois cet exemple montre qu'au sein des équipes, certaines informations ne sont pas transmises, ou alors le canal de communication n'est pas le plus adéquat.

La communication est un souci dans l'institution. J'ai remarqué que beaucoup de projets, programmes ou activités ne sont peu voire pas connus par les professionnels. Prenons l'exemple des groupes thérapeutiques. Dans tous les IPVR, on en compte 75. Lors d'une réunion des animateurs de ces groupes, tout le monde a été surpris de l'abondance de l'offre. Qu'est-ce qui se travaille dans les groupes ? A qui ces groupes sont destinés ? Quel groupe est ouvert ? Quelles sont les indications ? Quels jours ont-ils lieu ? A quelle fréquence ? Où ? Qui les anime ? Quelles sont les conditions de participation ? La grande question était de réfléchir à une méthode de communication pour promouvoir ces groupes afin d'en faire bénéficier davantage les patients selon leurs besoins, et non pas pour les occuper. Il semblerait que l'information sur papier ne suffise pas. Il s'agissait aussi de réfléchir à un moyen d'ancrer dans la culture institutionnelle le recours à ces groupes. Plusieurs propositions ont été émises : un tableau d'affichage hebdomadaire ou journalier dans les pavillons, une sensibilisation à ces groupes dans le cadre de cours de formation (CAS, formation des médecins, des cliniciens, etc.), la promotion de ces groupes par les animateurs (passer dans les pavillons, en parler lors de moments informels entre collègues).

Pour citer un autre exemple, je pense à ce qui fait dans le domaine de la prévention. J'ai vu sur le site internet du Réseau Santé Valais qu'une des missions des CCPP est l'animation du Réseau Entraide. J'ai parfois demandé à des professionnels en quoi consistait exactement cette mission. Souvent, on me répondait « *aucune idée, je n'étais même pas au courant* ». J'ai appris par la suite que les chefs de cliniques ont la tâche d'animer les formations et les interventions et que les ICUS celle de l'animation des marchés. D'ailleurs, l'animation du stand de prévention lors des marchés de Monthey est une activité assez récente et sur l'hôpital beaucoup de personne ne savent pas qu'elle existe.

Il y a également une quantité non négligeable de flyers de toute sorte sur le site : informations sur les maladies psychiques, sur les droits des patients et des proches, sur les groupes d'entraide, sur des conférences, sur le fonctionnement de l'hôpital. Or ces flyers sont disséminés un peu partout, on en découvre toujours de nouveaux. J'ai parfois l'impression qu'ils sont juste exposés et mis à disposition des patients et des proches. Je ne sais pas si les professionnels les consultent et les utilisent concrètement pour informer et orienter les patients.

Toutes les informations sur les patients sont centralisées sur Phoenix. Mais toutes les autres informations, liées à l'institution et à son réseau, sont disséminées sur le site de l'hôpital, sur différents sites internet, elles se perdent un peu dans le brouillard. Il est également difficile de naviguer sur l'intranet du CHC.

Je crois qu'il est important de penser à un moyen d'améliorer l'accès à ces informations pour les professionnels, les patients et les proches. Et d'autre part, d'ancrer dans la culture institutionnelle l'intérêt et l'utilité de faire recours aux ressources dont regorge l'institution.

Interdisciplinarité

Beaucoup de corps de métier se côtoient à l'hôpital. L'institution met une grande importance au travail interdisciplinaire qui permet d'enrichir les réflexions et d'envisager des prises en charge complètes. Parfois, j'ai eu l'impression que l'interdisciplinarité, c'est « travailler ensemble, chacun de son côté... et on se retrouve sur Phoenix ». Dans les pavillons, j'ai pu observer l'importance mise au travail interdisciplinaire, à la concertation, à la réflexion commune. Quand il s'agit d'élargir la prise en charge pour intégrer d'autres intervenants, il arrive que les choses se corsent. L'interdisciplinarité exige une connaissance et une reconnaissance des compétences de chacun. Les problèmes de communication que je viens de mentionner font obstacles à son exécution. Les rôles et fonctions de chaque intervenant ne sont pas toujours clarifiés. Que font les assistants sociaux ? Les physiothérapeutes ? les psychologues ? Les neuropsychologues ? Quand faire appel à eux ? Comment interviennent-ils ? A quoi servent-ils ? Où sont-ils ?

La méconnaissance des autres disciplines amène souvent à une réduction des compétences des autres disciplines : le médecin prescrit les médicaments, l'infirmier les donne, l'ergothérapeute fait des bricolages, l'éducateur impose des règles, et l'animatrice occupe les patients. Certaines disciplines souffrent d'un manque de reconnaissance institutionnelle. Il est aussi de leur responsabilité de se faire connaître, de promouvoir leurs interventions, de mettre en valeur leur travail. L'interdisciplinarité exige aussi qu'aucun discours n'ait plus de poids ou de pouvoir qu'un autre. Force est de constater qu'ici, c'est le discours médical qui est roi. J'imagine que c'est normal dans un hôpital, je ne sais pas.

Bien qu'il y ait des freins à la collaboration, je pense qu'il est indispensable dans mes futures interventions de trouver des synergies avec différents corps de métier. Cela permettrait de nous réunir autour de projets communs, de mieux connaître nos rôles respectifs, de les valoriser et d'enrichir la qualité des actions.

Stéréotypes et stigmatisation

La psychiatrie souffre d'un problème d'image. La prise en charge dans un hôpital psychiatrique évoque encore l'enfermement, les camisoles de force et les camisoles chimiques. Elle fait peur. Il semblerait aussi que l'éclatement des écoles de pensées donne une image d'incohérence. Il y'a aussi certaines « fausses idées » qui circulent dans la population, notamment celle de chronicité de la maladie psychique et de l'inefficacité des traitements psychiatriques. Si 30% de la population a besoin à un moment donné de sa vie de soins psychiatriques, 80% guérissent. Sur les patients hospitalisés, 30% ne font qu'un séjour, 30% reviennent entre 2 et 5 fois, et 30% reviennent très souvent¹⁴. En entendant des patients ou des médecins qui évoquent une x^{ième} hospitalisation, j'ai aussi eu cette impression que non seulement la psychiatrie, mais aussi tous les autres champs professionnels actifs dans les problématiques de santé mentale, étaient démunis face à la maladie psychique. Je citerai le passage d'un ouvrage qui exprime bien cela¹⁵ :

- *L'hôpital psychiatrique ne soigne personne ! ajouta une collègue d'un ton insupportablement ironique.*

Je protestais : « Tout de même, on ne peut pas dire ça ! ».

Mais une autre collègue, infirmière en psychiatrie, éclata de rire :

- *Mais qu'est-ce que tu crois ? m'a-t-elle lancé. Il faudra que je t'explique ! La psychiatrie ? Personne n'y voit rien, personne n'y comprend rien, personne n'y peut rien !*

Ce fut comme un coup de poignard (...) C'est vrai j'avais des réticences, mais qui n'entamaient pas fondamentalement ma confiance. Que signifiaient ces sous-entendus sarcastiques ? Avais-je péché par naïveté ? T'avais-je abandonné à des incapables ? Le doute me rongait.

Il est parfois difficile de ne pas tomber dans le piège de la résignation et d'oublier tous les patients qui guérissent, ou qui peuvent continuer à évoluer socialement et professionnellement avec une maladie. J'ai eu aussi le cœur rempli de joie quand au bout de quelques semaines, je revoyais des patients stabilisés grâce à la prise en charge de l'hôpital. L'évolution de l'état psychique des personnes est presque incroyable. Le traitement médicamenteux n'y est pas étranger. D'ailleurs, la question de la médication en psychiatrie est sujette à controverse dans la population, ou plutôt ses effets secondaires. La seule chose dont je suis persuadée dans ce domaine,

¹⁴ Ces chiffres m'ont été transmis oralement par le Dr.Klein.

¹⁵ MENETREY-SAVARY Anne-Catherine, op.cit.

c'est que la prescription médicamenteuse n'a pas de sens si elle n'est pas accompagnée d'une prise en charge thérapeutique et sociale. « L'effet témesta » dont parle souvent un patient qui participe à l'activité karaoké est significatif. Avoir la possibilité de s'approprier le texte d'une chanson, de s'exprimer au-travers d'elle, d'oser se dépasser en chantant devant tout le monde et de se divertir par la même occasion lui permet de ne pas prendre la pilule de l'après-midi. Le médicament ne doit pas servir à « enfermer » le patient (comme, paraît-il, certains proches souhaiteraient), mais au contraire à l'aider à s'élever. .

Les personnes qui souffrent de troubles psychiques sont confrontés à des préjugés négatifs de la part de la population générale... Des personnes dangereuses, faibles, responsables de leur maladie. La chasse aux abus dans le domaine des assurances sociales par exemple contribue à faire d'eux des profiteurs et des menteurs. La réussite professionnelle étant considérée dans notre société comme un des facteurs déterminants de l'accomplissement et de l'épanouissement personnel, les personnes qui bénéficient de l'AI sont considérées comme un poids, un gouffre à argent, des incapables. Elles perdent leur statut social. Toutes ces représentations peuvent empêcher les personnes en souffrance de demander de l'aide et de partager leur souffrance. Elles contribuent à marginaliser davantage les personnes. Une hospitalisation, pour beaucoup de patients, c'est le sommet de la honte, de la dévalorisation, de l'échec.

L'animation socioculturelle a un rôle important dans la lutte contre stéréotypes. Il est nécessaire de sensibiliser la population sur les problématiques liées aux troubles psychiques afin qu'elle devienne une partenaire active et solidaire dans l'amélioration du bien-être des personnes. Il est nécessaire de sortir la psychiatrie de l'ombre, de la marge, du mystère. L'idée de la direction d'ouvrir l'hôpital de Malévoz sur l'extérieur, de le faire rayonner, d'organiser des activités dans les murs et hors les murs en collaboration avec des acteurs de la vie sociale, culturelle et de la santé afin de mettre en lien la société et la psychiatrie dans une dynamique commune me tient à cœur.

EPILOGUE

J'ai eu la chance de pouvoir m'imprégner durant trois mois de la vie de l'hôpital de Malévoz et de celle d'autres structures des IPVR. Trois mois, c'est beaucoup. Je suis consciente que peu, voire aucun autre professionnel, n'a eu cette opportunité. J'ai eu l'occasion de vadrouiller à travers les services, les espaces, le temps, les idées, les récits de vie et à travers ma propre personne. Cela m'a permis de connaître et de me faire connaître par bon nombre de professionnels et de patients ainsi que d'avoir une vision globale de la dynamique institutionnelle. Mais trois mois, c'est court pour pouvoir saisir toute la complexité du fonctionnement et de l'organisation d'une telle institution, pour comprendre la complexité qu'implique la prise en charge de la souffrance psychique, les enjeux et les défis qu'elle soulève.

J'ai eu des difficultés à synthétiser mes observations, mes intuitions, mes émotions et mes questionnements. J'aurais encore beaucoup à dire. Je n'ai pas utilisé de méthode d'observation rigoureuse. On m'a conseillé d'y aller à l'instinct, à l'intuition. Ce rapport reflète d'ailleurs cette sinueuse aventure. Il est un peu décousu, il se répète, il se contredit peut-être. Il a été écrit spontanément, il y manque sûrement un peu de distance critique. Il manque aussi des éléments « macro », à savoir l'influence du contexte social, politique, économique et législatif sur la prise en charge institutionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques.

J'ai beaucoup évoqué de problèmes ou de dysfonctionnements institutionnels. Pourtant, arrivée au terme de ces trois, ce sont essentiellement les aspects positifs observés qui restent ancrés en moi... La force et la volonté des patients pour affronter la maladie et pour reconstruire la vie qu'ils souhaitent mener ; l'humanité des professionnels face à la souffrance des personnes ; la philosophie d'une institution qui promeut la dignité, le respect et les droits des patients ; la mise en réseau de nombreux partenaires qui souhaitent partager et optimiser leur compétences face aux situations de détresse existentielle ; la mobilisation des proches pour s'entraider ; le souci de la direction pour améliorer les prises en charge dans un esprit démocratique et participatif ; le travail de beaucoup d'associations pour défendre les droits des patients et des proches, pour les aider, les accueillir, les soigner, les orienter, les écouter... et j'en passe...

Je profite du dernier paragraphe pour remercier chaleureusement l'accueil que m'ont offert la direction, les patients et les professionnels. Ils m'ont ouvert les portes de leur quotidien, ont consacré du temps pour répondre à mes questions, pour échanger sur nos pratiques, et aussi pour me soutenir et me conseiller dans des moments de doute et de solitude.

ANNEXE

Pourquoi animer ?

Animer pour donner de l'âme...

... Parce qu'à l'hôpital le cérémonial de la vie se réduit aux besoins fondamentaux biologiques : se nourrir, se soigner, se reposer. L'animation socioculturelle vise à humaniser ce cérémonial en favorisant l'expression, l'écoute, le partage.

Animer pour donner du mouvement...

... Parce que le manque de temps relationnel pour écouter, connaître et accompagner les patients ne favorise pas le sentiment d'existence chez les personnes. L'animation socioculturelle amène du mouvement, de la vie. Elle permet aux soignants d'éviter l'image de l'immobilisme des patients qui préfigure la mort.

Animer pour valoriser les personnes...

... Parce que dans l'institution, la personne souffrante a comme unique rôle celui de patient... parce que le personnel soignant s'occupe prioritairement des pathologies, soit de ce qui va mal, de ce qui fait mal. L'animation socioculturelle tend, au travers d'une démarche participative, à mobiliser et renforcer les potentialités et les ressources des personnes afin de réactiver les rôles sociaux.

Animer pour créer des liens sociaux...

...Parce que le réseau social des personnes souffrant de troubles psychiques a tendance à s'appauvrir. La solitude, l'isolement, la marginalisation menacent. Souffrir d'une maladie psychique s'accompagne souvent d'une perte du statut et du rôle social. L'animation socioculturelle veille à renforcer les liens sociaux, à créer des espaces de rencontres et d'échanges.

Animer pour améliorer l'image de la psychiatrie...

... Parce que la psychiatrie et les personnes souffrant de troubles psychiques souffrent de préjugés négatifs de la part de la population générale. L'animation socioculturelle permet de lutter contre ces préjugés en améliorant la qualité des liens entre société et psychiatrie.

Animer pour prévenir...

... Parce qu'il est nécessaire d'agir en termes de prévention. L'animation socioculturelle peut agir dans une optique de promotion de la santé mentale en informant et en sensibilisant la population sur les troubles psychiques, en promouvant les ressources d'entraide naturelles, associatives et institutionnelles, en créant des débats de société.

Comment animer ?

Agir sur le cadre de l'institution

L'idée est de contribuer à renforcer et à développer le concept d'« hôpital ouvert ». C'est littéralement « ouvrir les portes de Malévoz »...

- À la vie sociale et culturelle de la cité : en mettant en place des projets en collaboration avec le tissu socioculturel régional, dans les murs et hors les murs de l'hôpital, afin d'une part de susciter des liens entre le monde intra et extrahospitalier des patients, et d'autre part d'élargir l'offre socioculturelle de Monthey.
- Aux proches des personnes souffrant de troubles psychiques : en offrant aux proches un accueil approprié, en leur proposant des espaces de rencontres, d'entraide et d'informations afin que leur souffrance soit reconnue et accompagnée.
- Aux associations actives dans le domaine de la santé mentale : en intégrant dans les actions du service socioculturel les associations partenaires afin de maintenir et développer des liens significatifs avec le réseau institutionnel.
- Aux usagers de l'hôpital au sens large (patients, proches, professionnels) : en mettant en place les moyens nécessaires pour améliorer la circulation de l'information afin de mettre en valeur et d'optimiser l'accès aux ressources institutionnelles.

Agir sur les espaces de l'institution

Il est possible de rendre plus hospitalier l'hôpital en agissant sur ses différents espaces et en en créant de nouveaux. Agir sur les espaces, c'est les mettre en valeur, les imprégner d'une ambiance particulière, les doter de fonctions socialisantes, les adapter aux besoins des patients, de leurs proches et des professionnels.

Agir sur les rythmes de l'institution

La monotonie du quotidien provoque l'ennui des patients. L'ennui est un présent qui ne finit jamais et une absence de rapport entre le sujet et ce qui l'entoure¹⁶. C'est une suspension du temps, une sorte de temps mort. A l'hôpital, il est nécessaire de marquer le temps qui passe, de lui imposer des rythmes sociaux.

¹⁶ DE MIJOLLA-MELLOR S., cité in MARIN C., « *Au-delà de l'ennui : l'effort pour rendre l'autre intéressant* », Revue Médicale Suisse, février 2009.