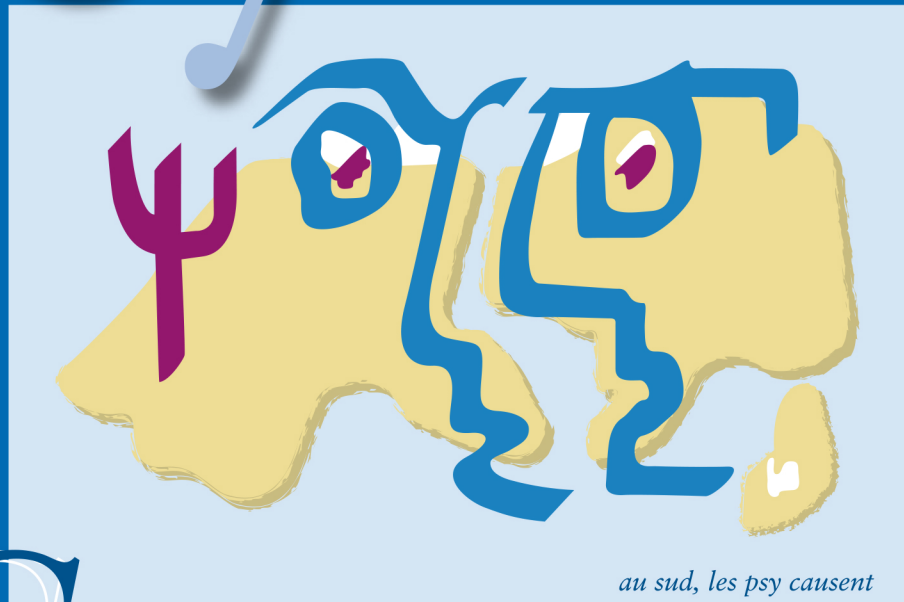


Psy



au sud, les psy causent

Cause

- Les humeurs océaniques
- L'E.B.M.



Prix : 15 €
Isbn : 2-912071-44-5

Mario Mella
EDITION

Sommaire

Éditorial : Libérer le travail en psychiatrie	2
Les humeurs océaniques	3
Soins psychiatriques dans les archipels de Polynésie Française. Les missions dans les îles Roland Letang – Pierre-Alain Fernandez	4
Au gré de ses humeurs, Taaroa fabriqua le monde Simone Grand	8
Humeur polynésienne : des mots pour le dire Edgar Tetahiotupa	12
Expression de la souffrance psychique et système de soins en Nouvelle-Calédonie Jean-Luc Lehericy	16
Vade-mecum d'un projet d'établissement : l'exemple du centre hospitalier Albert Bousquet Philippe Palombo	23
Humeur de soignants Pascal Schindelholz	31
Horizons	34
Séjour d'échange des pratiques à l'hôpital psychiatrique d'Assouan A. Rivet – J. Lejeune – G. Badoc – M. Gay	35
Opinions	39
Pour en finir avec «les invasions barbares» infantilisantes de l'evidence-based medicine (EBM) Jean-Jacques Lottin	40
Colloques et conférences	50



Libérer le travail en psychiatrie

Ainsi les Français ont voté majoritairement pour un programme politique qui annonce la fin de l'immobilisme et la rupture. Un nouveau discours demande à des psy plutôt enclins de par leur pratique auprès des malades mentaux à développer leur esprit critique et à une prise de recul, de se positionner comme efficaces et opérants. Reste à définir ce qui est la meilleure attitude thérapeutique pour atteindre les objectifs. C'était dans l'air du temps lorsque l'année dernière nous avions choisi le thème de notre congrès annuel qui vient de se dérouler à Antibes : « Les thérapies brèves : mythe ou réalité ? ».

Dans notre argument, nous écrivions : « le concept de thérapie brève est-il un effet de mode récurrent, sorte de miroir aux alouettes qui promet la guérison du symptôme au moindre coût tant au niveau financier que de l'investissement psychique de la personne ? ». Sigmund Freud lui-même avait au départ considéré la psychanalyse comme une thérapie brève. Ce sont les résistances des analysants qui ont amené la découverte de la notion de pulsion de mort puis de jouissance. Le symptôme a une fonction dans l'économie globale de la personne et de vouloir le traiter isolément, on court à l'échec. Quoiqu'un traitement de brève durée puisse, avec ses limites, être envisagé dans ce qu'il peut apporter comme soulagement immédiat d'une souffrance insupportable. Pourquoi alors ne pas entendre ceux qui nous demandent de définir nos missions ?

Etre « opérant et efficace » devrait avoir une contrepartie au niveau de nos tutelles. Notre nouveau Président de la République, Nicolas Sarkozy, nous indiquerait-il la voie en constituant un gouvernement au sein duquel on n'a jamais vu aussi peu d'Enarques ? Libérer le travail passera en psychiatrie par une remise en cause de l'immobilisme généré par un excès de bureaucratie. Nous serions unanimes, nous qui oeuvrons sur le terrain au niveau du soin, à approuver le retour après un quart de siècle, d'une administration au service et sous la tutelle des soignants. La mascarade du plan Hôpital 2007 dans laquelle la délégation de pouvoir aux médecins chef de pôle est à l'entière discrétion des directeurs administratifs, montre le chemin à parcourir face au poids de certains lobbies. Il faudra un réel courage politique. La dynamique des lieux de traitement ne serait plus soumise à des priorités et un discours importés du monde de l'entreprise et extérieurs à nos réalités. Contrairement aux apparences, la fin d'un empilement de couches administratives rendrait le soin moins coûteux, en particulier en libérant le travail des praticiens du soin. Libérer le travail en psychiatrie, c'est ainsi donner une place à la créativité, jouer la complémentarité des bonnes volontés, par exemple une coopération entre un secteur de psychiatrie et des infirmières libérales.

Pourquoi ne pas espérer que le mieux puisse advenir même si l'on se doit d'être vigilant, à l'image de nos concitoyens.

Montfavet, le 18 juin 2007
Jean-Paul BOSSUAT

Les humeurs océaniques

Le premier Congrès Francophone de Psychiatrie s'est tenu au mois d'octobre dernier à Papeete en Polynésie Française. De l'avis unanime se fut, je crois, un plaisir partagé et réciproque de rencontrer nos amis et confrères de l'autre bout du monde. Si le « musée imaginaire », héritage de l'homme du XX^e siècle, doit à Gauguin, quelques-unes de ses images favorites ; elles rappellent à l'européen que nous sommes, enlisé dans les tracasseries de la vie quotidienne, une île où l'on ignore apparemment toute lutte pour la vie et qui compte la beauté parmi ses qualités gratuites. Cette nostalgie du paradis imprègne certainement nos pensées vagabondes en mal d'un Jardin d'Eden. C'est dans la nuit du 26 octobre que nous arrivâmes, après vingt et une heures de vol, vingt et une heures de fiévreuse attente, d'impatientes rêveries vers la terre désirée, nous aperçûmes les feux de lumière du petit aéroport de Faaa.

A l'occasion, ces dernières années, de mes nombreux voyages en Polynésie, l'idée commune a progressivement fait son chemin de vouloir organiser un congrès à Tahiti avec pour intention avouée de faire se rencontrer l'ensemble des professionnels de la santé du monde océanique et celui des autres territoires francophones. L'enthousiasme du projet à mobiliser Madame la Ministre de la Santé du gouvernement de Polynésie Française, la Direction du Centre Hospitalier de Polynésie Française et tous les acteurs du système de soins de Tahiti sans oublier les différents acteurs et partenaires sociaux du territoire.

Le thème du congrès centré sur les troubles de l'humeur à volontairement ouvert la porte aux cadres médico-juridique et administratif mais également aux ethnosciences. Il est reconnu presque unanimement que la culture véhicule des représentations de la maladie liées à celles de la normalité et aux modèles de conduite d'un groupe et qu'elle influence les catégories populaires de la maladie. Ainsi les approches plus contextuelles de la catégorisation diagnostique prennent en compte des éléments anthropologiques et se distinguent d'une position universalisante et d'une catégorisation liée à la prééminence de la culture occidentale sur les autres cultures. Simone GRAND a magnifiquement ouvert cette première soirée en évoquant les prémices de la création du monde selon l'univers culturel polynésien. « Les Humeurs Océaniques » ont ainsi permis d'exposer des regards croisés et faire se rencontrer des pratiques anthropologique et psychiatrique, soucieuses d'engager un dialogue raisonné et utile entre les sciences sociales et les sciences de la vie, principalement pour l'occasion dans le monde polynésien.

Le Docteur LEHERICY venu de Nouvelle Calédonie, médecin psychiatre au Centre Hospitalier de Nouméa, développa un argumentaire sur la souffrance psychique des insulaires et les stratégies de soins apportées tandis que Philippe PALOMBO, Directeur de l'établissement néocalédonien présentait un Vade Mecum de projet d'établissement.

Enfin, Pascal SCHINDELHOLZ Cadre Supérieur de Santé au Département de psychiatrie du Centre Hospitalier de Polynésie Française donna en quelque sorte le « pouls » et la « température thymique » du personnel soignant.

Nous avons voulu réunir dans ce premier dossier, essentiellement les communications de nos hôtes à l'exception (pour des raisons de timing) des sujets relatifs aux enfants et adolescents qui feront l'objet, prochainement, d'un numéro spécifique de la revue Psy Cause.

Philippe Khalil



Roland Letang Pierre-Alain Fernandez

Soins psychiatriques dans les archipels de Polynésie Française. Les missions dans les îles

Le but de cet exposé est de présenter l'organisation des soins en psychiatrie adulte en ce qui concerne les archipels de la Polynésie française, et d'évoquer en particulier ce que nous appelons les missions dans les îles, ceci au moyen de photographies et de vidéos pris au cours de ces missions. Il nous a semblé intéressant, en particulier pour nos invités venus de métropole ou de l'étranger, pour bien situer dans quel cadre s'effectuent ces missions, de commencer par proposer un bref aperçu de la géographie, de la démographie et de l'organisation sanitaire de la Polynésie française, avant de parler de la psychiatrie proprement dite

La Polynésie française est un territoire isolé au milieu du Pacifique sud

Tahiti est à environ 18 000 km de Paris, à 4 000 km de la Nouvelle Zélande, 6 000 km de l'Australie et de Los Angeles, et presque 9000 km de Tokyo. La Polynésie française comprend 5 archipels, c'est à dire, 118 îles dont une soixantaine sont habitées de façon permanente. D'abord, l'archipel de la Société, où se situe l'île de Tahiti. A plus de 500 km de Tahiti, l'archipel des Tuamotu s'étire sur plus de 1500 km du nord-ouest au sud-est, et comprend 77 atolls, dont les principaux sont Rangiroa et Hao. A l'extrémité est, l'archipel des Gambier, qui est un petit groupe d'îles hautes dans un même lagon, est donc à plus de 1500 km de Tahiti. Encore plus au sud, l'archipel des Australes, chevauche le tropique du Capricorne et comprend 5 îles hautes très dispersées ; l'île la plus éloignée vers le sud, Rapa, est à environ 1300 km de Tahiti. Enfin, tout au nord, à 1500 km de Tahiti, l'archipel des Marquises comprend une quinzaine d'îles hautes non entourées de lagon, dont 6 sont habitées.

Praticiens hospitaliers

Centre hospitalier de la Polynésie Française

Département de psychiatrie

B.P. 1640 – 98713 Papeete TAHITI

Tel. secrétariat : (689) 46 47 35/36 – Fax : (689) 46 47 25

La superficie des terres en Polynésie est d'environ 4000 km², soit moins de la moitié de celle de la Corse. Par contre, le territoire maritime de la Polynésie française s'étend sur une surface de plus de quatre millions de kilomètres carrés, c'est à dire de la taille de l'Europe. Ce sont donc des distances considérables d'où la complexité de l'organisation sanitaire, y compris pour la psychiatrie.

Quelques précisions en plus sur la géographie des îles de la Polynésie française :

Avec plus de 180 000 habitants, Tahiti concentre plus de 70% de la population totale et donc la majeure partie de l'activité économique. L'île se compose de deux parties centrées sur des volcans éteints et reliées par un court bras de terre, l'isthme de Taravao. La majeure partie de la population est concentrée dans la zone urbaine étendue des villes de Faa'a, Papeete, Pirae, Arue, Mahina.

En ce qui concerne la santé, c'est là que sont implantés le centre hospitalier de la Polynésie française dont dépend le département de psychiatrie, les structures de soins spécialisées, les cliniques privées, la plus grande partie des médecins libéraux, et la quasi totalité des médecins spécialistes publics ou libéraux. Deux régions périphériques : Environ 25 000 habitants vivent sur la presque île, qui est une région plus rurale, et 13 000 sur l'île sœur Moorea, située à 17 km. Des hôpitaux de proximité sont situés à Afareaitu et à Taravao.

L'archipel de la Société comprend à l'est, les îles du vent, essentiellement Tahiti et Moorea, et une petite île Maiao ; à l'ouest les îles sous le vent, en particulier Raiatea, Bora Bora, et Huahine.

Il s'agit essentiellement d'îles hautes entourées de lagon limité par une barrière de corail ; on retrouve cette structure d'origine volcanique dans la Société, aux Australes, sauf Rapa et aux Gambier.

L'archipel des Tuamotu est constitué de 77 atolls ; le volcan est effondré sous la mer ; il ne subsiste que la barrière de corail qui forme des îlots que l'on appelle les motus.

Les îles Marquises ont une géographie encore différente. Les 6 îles habitées se divisent en deux groupes Nord et Sud.

Il n'y a pas de barrière de corail, mais de hautes falaises tombant à pic dans l'océan profond.

La dispersion géographique de la Polynésie française est accentuée par un déséquilibre démographique: La population dépasse aujourd'hui les 250 000 habitants, chiffre du recensement de 2005 (252 900 habitants). L'archipel de la Société concentrent 85% de la population et donc la plus grande partie de l'activité économique. Les archipels des Tuamotu Gambier représentent un bassin de population d'environ 20 000 personnes extrêmement dispersées dans l'espace, avec des atolls peuplés de quelques dizaines ou centaines d'habitants. Les îles Marquises comptent environ 9 000 habitants, eux aussi dispersés dans des vallées isolées, encore aujourd'hui principalement ravitaillées par la mer. Les îles Australes sont les moins peuplées, avec 7 000 habitants répartis sur 5 îles éloignées, dont une dépourvue de liaison aérienne. Autre point, la croissance démographique reste une donnée fondamentale de l'économie de la Polynésie française et des réflexions sur le développement de ce territoire. Depuis 1960, la population a ainsi triplé en un peu plus de quarante ans (80 000 en 1960 à 245 405 habitants en 2002). C'est donc une population jeune, avec plus de 40% de moins de 20 ans.

L'organisation du système de santé publique

En raison de la répartition très inégale de la population sur l'ensemble des archipels, l'essentiel des structures de soins publiques ou privées, et en particulier la majeure partie des médecins spécialistes, sont concentrés sur Tahiti. Très schématiquement, le secteur libéral n'est quasiment pas représenté aux Australes, aux Tuamotu Gambier et aux Marquises ; par contre les praticiens libéraux sont bien implantés dans l'archipel de la Société et surtout à Tahiti.

Le premier niveau de soins, dans les vallées isolées des îles Marquises et des Australes et dans la plupart des atolls habités mais très peu peuplés des Tuamotu, est représenté par des postes de secours avec des auxiliaires de santé publique. Des infirmeries sont installées dans les îles plus peuplées ou les villages principaux. Enfin, des centres médicaux avec un ou plusieurs médecins, des médecins itinérants, et des dispensaires tout autour de Tahiti et de Moorea, complètent ce dispositif.

Au cours de ces missions, mais aussi lors des évacuations de patients vers Tahiti, ou simplement pour une demandes d'avis par téléphone, les soignants présents sur le terrain sont donc nos premiers interlocuteurs. Ce sont eux aussi qui suivent les patients entre les visites du psychiatre, parfois espacées de plusieurs mois.

En ce qui concernent les hôpitaux dits de proximité, ils sont au nombre de 4 et implantés, là aussi en fonction de la population, à Uturoa, dans l'île de Raiatea, pour les îles sous le vent (25 000 habitants) à Taiohae, le centre administratif des Marquises, pour l'archipel des Marquises (9 000 habitants), à Afareaitu dans l'île sœur de Tahiti, Moorea

(13 000 habitants) et enfin à Taravao, pour la presque île de Tahiti (25 000 habitants environ).

Enfin, il existe un niveau extra-territorial de l'organisation des soins, pour les activités médicales très spécialisées n'existant pas sur le territoire, représenté par les évacuations sanitaires vers la Nouvelle-Zélande (5 heures d'avion) ou la métropole (20 heures d'avion). La psychiatrie est peu concernée par ces dispositions, bien qu'un très faible nombre de patients aient déjà été temporairement évacués (en 1995 et 2005) vers des unités pour malades difficiles en métropole.

Le schéma d'organisation sanitaire vise bien sur à diminuer l'inégalité d'accès aux soins principalement ressentie par les habitants des archipels éloignés. Outre les dispositifs de proximité que nous venons de mentionner, cela implique différentes mesures que nous n'allons pas développer ici, comme une meilleure accessibilité aux transports en commun dans les îles et aux transports inter-îles aériens ou maritimes pour les patients, le développement de la télé-médecine, et puis le déplacement dans les îles de médecins itinérants, de médecins spécialistes de sages-femmes, et d'infirmiers.

Finalement, cette dispersion géographique et ce déséquilibre démographique font qu'il existe en Polynésie française deux types de schéma sanitaires, un modèle Européen dans l'archipel de la Société, un modèle plus proche du grand nord Canadien pour les autres archipels, c'est à dire, de petits nombres d'habitants, isolés et dispersés sur un immense territoire, où il n'y a pratiquement pas de médecins. On voit donc l'intérêt de missions de médecins généralistes et spécialistes, de sages femmes, ou d'infirmiers.

L'organisation des soins en psychiatrie adulte

D'une façon générale, en Polynésie française, le nombre de médecins spécialistes du système nerveux, en neurologie, neuro-chirurgie, psychiatrie et pédo-psychiatrie est faible. Ainsi en psychiatrie adulte, nous sommes une douzaine de spécialistes en incluant le secteur privé, qui compte 6 psychiatres installés et dispose de quelques lits d'hospitalisation dans l'une des deux cliniques de Tahiti.

En ce qui concerne la psychiatrie publique adulte, précisons en premier qu'elle n'est pas sectorisée et toujours régie par la loi de 1848. Nous avons donc encore ici le placement volontaire avec un seul certificat et le placement d'office. En accord avec la loi de 1848, l'arrêté gubernatorial du 28 Août 1913 a créé à Papeete, un établissement public destiné à recevoir les personnes atteintes d'aliénation mentale, l'hôpital de Vaiami, implanté dans un ancien bâtiment du début du 19^e siècle au centre ville de Papeete, d'abord hôpital militaire, puis hôpital général et enfin, hôpital psychiatrique. Depuis début 2003, la psychiatrie adulte a déménagé et est implantée dans un bâtiment tout neuf dans la zone urbaine de Papeete, le Taaone, et est devenue le départe-



DANS MON AGENDA
J'AI NOTÉ DES
PLAGES HORAIRES
MAIS L'HORAIRE
EST MOINS
IMPORTANT
QUE LA PLAGE

ment de psychiatrie du Centre Hospitalier de la Polynésie française. Le dispositif de soins psychiatriques publiques est globalement hospitalo centré. En effet, ce département est la seule structure du territoire spécialisée dans la prise en charge des pathologies psychiatriques adultes, que cela soit en ambulatoire ou en hospitalisation, et donc la seule structure habilitée à recevoir les personnes hospitalisées sans consentement. Il dispose de 63 lits, mais n'a aucune structure extra-hospitalière directement associée. A l'exception des visites à domicile d'infirmiers ou de médecins, l'essentiel de la prise en charge extra-hospitalière est donc représenté par le secteur associatif et les familles d'accueil, qui sont très développées en Polynésie française, en particulier en raison des particularités culturelles, les familles nombreuses et la tradition d'adoption (le fa'a'amu).

En ce qui concerne le personnel, nous sommes 7 médecins, 2 psychologues, et 61 paramédicaux (36 infirmiers, 4 cadres de santé, 16 aides soignants et adjoints de soins, et 5 agents médico techniques). Notre secrétariat gère plus de 18 000 dossiers. En 2005, 1250 personnes ont été hospitalisées ; en outre, nous avons assuré sur place près de 4000 consultations de psychiatrie, et plus de 700 consultations de psychologie. Trois équipes d'infirmiers assurent des visites à domicile régulières, en particuliers auprès des patients psychotiques sous neuroleptique retard, mais pas exclusivement, ceci tout autour de Tahiti, presque île incluse, et

depuis peu sur Moorea. En 2005, ces équipes ont assurés près de 1600 soins externes sur place au Taaone et plus de 2500 visites à domicile sur Tahiti.

Les missions dans les îles

En 2005, environ 1200 consultations de psychiatrie ont été réalisées lors de missions dans les îles. Nos efforts sont bien sur concentrés sur l'archipel de la Société. Une consultation d'une journée, tous les 15 jours, à l'hôpital de Taravao, sur la presque île de Tahiti ; une consultation d'une journée, tous les 15 jours, à l'hôpital d'Ofanohi, dans l'île de Moorea ; en ce qui concerne les îles du vent, mentionnons en outre l'année dernière, une mission exploratoire du Dr Luc Bouyard sur la petite île de Maiao, située à 75 km à l'ouest de l'île de Moorea dont elle dépend administrativement. Maiao n'est accessible que par bateau. Les 250 habitants semblent d'ailleurs très attachés à cet isolement. La psychiatrie s'est alors intégrée à une mission médicale pluridisciplinaire, qui a affrété un bateau de pêche spécial. Cette mission devrait se renouveler une fois tous les 6 mois. Pour l'ensemble des îles sous le vent, une consultation de deux jours, tous les mois, à l'hôpital d'Uturoa, sur l'île de Raiatea, et tous les 2 mois aux Centres médicaux de Bora-Bora et de Huahine. Pour le nord de l'archipel des Marquises, une mission d'une semaine, tous les 6 mois, où l'équipe se déplace sur les 3 îles habitées du nord : l'île principale Nuku Hiva, où se trouve l'hôpital, puis Ua Pou et Ua Huka ; pour le sud de l'archipel des Marquises, où 3 îles sont habitées de façon permanente, une mission de 4 jours à Atuona, la capitale de l'île principale du sud, Hiva Oa, là aussi tous les 6 mois. Il n'y a pas de piste d'atterrissage dans les îles de Tahuata et de Fatu Hiva et la mission n'a ni voiture ni bateau ; pour le moment ce sont tous les patients qui se déplacent sur Atuona, soit en 4x4 pour ceux venant des vallées éloignées de Hiva Oa, soit en bateau pour l'île de Tahuata qui est toute proche et pour Fatu Hiva. A l'est des Tuamotu et l'archipel de Gambier, une mission de 5 jours, tous les 6 mois, sur l'atoll de Hao et à Rikitea sur l'île de Mangareva aux Gambier ; L'ouest des Tuamotu comprend une mission de 5 jours, tous les 6 mois, à Rangiroa, le plus grand atoll Polynésie, et bientôt, nous l'espérons, à Fakarava ; enfin, pour l'archipel des Australes, une mission de 3 jours à Rurutu, tous les 6 mois ; et une mission de 5 jours sur Raivavae et Tubuai, là aussi tous les 6 mois.

En ce qui concerne les Australes, mentionnons en outre l'année dernière, une mission exploratoire du Dr Rolland Letang et de Mr Joseph Ah Sam, surveillant, sur l'île de Rapa, l'île habitée la plus méridionale et la plus isolée de la Polynésie française, avec laquelle il n'existe pas de liaison aérienne (note : l'île est appelée Rapa ou Rapa Iti (petite Rapa), par opposition à Rapa Nui (grande Rapa), le nom



Polynésien de l'île de Pâques, située à peu près à la même latitude, mais environ 4000 km à l'est). Comme pour l'île de Maïao, la psychiatrie s'est alors intégrée à une mission médicale pluridisciplinaire, mais cette fois embarquée à bord d'un bâtiment militaire.

Sur Taravao et Moorea, ce sont maintenant les infirmiers qui assurent les visites à domicile et qui connaissent donc bien les patients et leur famille qui participent aux consultations médicales.

Pour les îles sous le Vent, le psychiatre effectue seul la mission.

Pour les autres archipels, moins développés économiquement et où la langue Française est aussi moins courante, le principe d'une mission en binôme, 1 psychiatre et 1 infirmier Polynésien, a été adopté. Il y a au moins 4 avantages à cela : - un travail en équipe et d'une double évaluation - la traduction - une meilleure prise en compte de facteurs culturels locaux - un contact accru auprès des familles et des différents responsables locaux des îles.

Les troubles psychopathologiques rencontrés

Il est difficile aujourd'hui, faute d'enquête ou de recueil de données épidémiologiques, d'avoir une évaluation précise de l'état de santé mentale de la population de la Polynésie française. Cependant, les épidémiologistes s'accordent pour dire que les maladies mentales ont une prévalence globalement équivalente quelle que soit la latitude.

Nous pouvons proposer trois groupes de prises en charge :

- Les psychoses, en particulier la schizophrénie, et les troubles de l'humeur représentent plus de 50% de la prise en charge du Département de Psychiatrie en consultation ou en hospitalisation.

Ceci se retrouve au niveau des missions dans les îles.

- Environ un quart de nos consultations concernent les patients présentant ce que j'ai appelé un trouble psycho-organique, c'est à dire une déficience intellectuelle, quelle que soit sa cause, avec ou sans trouble du comportement, et parfois associé à une épilepsie.
- Enfin, en Polynésie française comme ailleurs, on assiste aux mêmes modifications du paysage psychiatrique. Il y a 40 ans, la psychiatrie accueillait les psychoses et les pathologies graves. Aujourd'hui, il y a des troubles que j'ai appelé « nouveaux » bien qu'ils ne soient pas si nouveaux que cela : toxicomanie, alcoolisme, dépression, violence familiale, conjugopathies, stress, harcèlement moral, états réactionnels, échec scolaire, marginalisation, TS et passages à l'acte d'adolescents...

Dans les îles, nous avons donc un nombre croissant de consultations en rapport avec ces problèmes.

Clairement, des missions de psychologues seraient nécessaires.

Enfin, concluons en essayant de résumer les intérêts des missions dans les îles assurées par le Département de psychiatrie

D'abord, et c'est l'un des souhaits de la population, développer l'accès aux soins spécialisés de proximité ; en accord avec cet objectif, nous essayons d'ailleurs que ce soit la même équipe qui visite régulièrement le même archipel. Il y a là un intérêt économique certain, puisque l'on évite déplacement des patients sur Papeete pour une simple consultation de suivi ;

Peut-être, et nous l'espérons, assurer un rôle préventif, en particulier sur l'hospitalisation.

Comme c'était déjà le cas à Vaïami, le département de psychiatrie a un taux de ré-hospitalisation très élevé, de près de 40% en 2005. Par des consultations de dépistage et un suivi spécialisé plus régulier des patients, y compris dans les archipels éloignés de Tahiti, nous espérons prévenir certaines décompensations aiguës et diminuer les hospitalisations.

Là aussi, l'intérêt économique est à mentionner, car les évacuations sanitaires en urgence sont d'un coût élevé.

Ensuite, renforcer les liens avec les professionnels de santé présents sur les archipels éloignés et constituer avec eux un réseau de soins.

Enfin, rencontrer aussi les autorités administratives, les maires, les travailleurs sociaux, les autorités religieuses, les commandants de gendarmerie, les enseignants, et organiser avec eux des séances d'information et de prévention, par exemple dans les écoles, les associations familiales ou les radios locales.



Simone Grand

Au gré de ses humeurs, Taaroa fabriqua le monde

Taaroa est l'ancêtre de tous les Dieux. Le nom Taaroa peut être décomposé en Ta'a et Roa. *Ta'a* signifie « séparé » ou « mâchoire inférieure » ou encore « savoir » et *Roa* signifie « long », « grand » ou « complètement ». Ce qui donne pour Taaroa : « complètement séparé », « grand savoir » ou « mâchoire allongée ».

Nana te mau mea ato'a i hamani. Taaroa fabriqua toutes choses. Le verbe *hamani* signifie « fabriquer » comme on fabrique un gâteau, une maison, une robe, un objet ou une histoire, alors que raconter une histoire se dit *fa'ati'a i te a'amu* : faire tenir debout quelque chose que l'on est invité à manger. Car une histoire se dit *a'amu*, expression employée aussi pour inciter à manger, à consommer. Donc en me présentant devant vous pour vous raconter quelques unes des humeurs divines ayant présidé à la fabrication du monde, je m'engage à assembler des mots et à les faire tenir debout pour en dégager un quelque chose d'appétissant.

Pourquoi insister sur le mot « fabriquer » ? C'est que dans le livre *Tahiti aux temps anciens*, Teuira Henry traduit *hamani* par création, créer. C'est en effet le mot « créer » qui est habituellement utilisé pour dire les commencements du monde. Or, créer signifie « faire à partir de rien ». Les traducteurs de la Bible, importèrent le mot grec *poiesis* qui devint *poiete*, pour créer. Cela fait partie de ces mots introduits pour amener les Tahitiens à penser autrement que leurs parents. Cela faisait partie des armes de la stratégie de conversion.

Pourtant, il existe un mot proche qui est *rahu*, que le traducteur évangéliste traduit par : faire apparaître par enchantement, par sortilège. Il est intéressant de constater que le traducteur laïque tel que Stimson, traduit *rahu* par : faire apparaître quelque chose qui préexiste comme un arbre préexiste dans la graine, une île préexiste dans l'océan, un poisson préexiste dans la mer même si l'œil humain ne

l'a pas encore aperçu. Le *aito* héros, navigateur, fait surgir l'île tout comme le pêcheur fait émerger le poisson qu'il vient de capturer. A partir de ces concepts, nous pouvons nous interroger ainsi : Qui est le plus superstitieux des deux ? Est-ce celui qui croit suffisamment à la magie pour la qualifier de diabolique ? de sortilège ? Ou alors celui qui, en observant une graine sait que l'arbre préexiste en elle, constate le *mana* de la vie sans que pour autant, cela ne relève du sortilège ?

Il y a du *mana* dans le fait de faire surgir quelque chose qui préexiste. Cela ne relève pas de la magie, même si ce phénomène émerveille au point que l'on dise parfois qu'il est magique. Cela n'est pas un miracle non plus.

Le mot miracle n'existe pas en tahitien et les traducteurs de la Bible ont importé le mot *semeion*, signifiant signe pour en faire *temeio* alors qu'il existe le mot *tapa'o* pour cela. Et les *tapa'o* comme dans toute société chamanique existent partout sans que la présence de signes ne soit considéré comme un phénomène extraordinaire, miraculeux ou magique.

Pour en terminer avec la fabrication ; dans la pensée tahitienne, tout ce qui existe provient de quelque chose. Comme Taaroa lui-même avait une coquille, tout a une coquille. Le ciel est une coquille, c'est-à-dire un espace sans limites où les divinités placèrent le soleil, la lune et les constellations divines.

La terre est une coquille pour les pierres, l'eau, les plantes qui y poussent.

La coquille de l'homme est la femme, car c'est par elle qu'il entre dans le monde, et la coquille de la femme est la femme car elle naît de la femme.

Ta'aroa en colère fabriqua le monde

Revenons à Taaroa qui vient des temps les plus anciens qui puissent être. Il était son propre père et sa propre mère et grandit seul, revêtant des formes innombrables : Taaroa en haut, Taaroa en bas, Taaroa pierre. Taaroa maison divine avec sa colonne vertébrale pour pilier central et ses côtes en poutres d'appui.



Grand Taaroa Vérité, grand Taaroa origine première, Grand Taaroa à la gloire infinie, Comme un œuf, était la coquille de Taaroa tournant dans l'espace infini, sans ciel, sans terre, sans mer, sans lune, sans soleil, sans étoiles. Seule était la nuit, une nuit profonde et pérenne ; la nuit des origines, de tous les commencements ; contenant tous les possibles en gestation.

Rumia était le nom de la coquille de Taaroa. Taaroa était seul dans sa coquille. Sans père, sans mère, sans frère et sans sœur. Il n'y avait personne, ni porcs, ni chien. Il n'y avait que Taaroa, lui seul.

Un jour, mais peut-on dire jour, quand seule était la nuit ? Disons que vint un moment où de mauvaise humeur, agacé d'être dans la nuit de sa coquille, Taaroa donna un coup de pied à sa coquille qui se fendilla laissant apparaître une fissure où seule une fourmi pouvait passer. Il sortit par ce trou et se tint debout dessus. Il regarda et vit qu'il était seul. Il n'y avait aucun son dans cette obscurité.

Il appela : qui est là-haut ? Pas de réponse Qui est là en bas ? Silence Qui est devant ? Silence Qui est derrière ? Silence. Il n'y avait que sa voix et l'écho de sa voix.

Il appela : Oh espaces pour cieux, espace pour foules, Oh espaces pour terres étendues en haut et en bas. Puis il nagea dans cet espace sans terre, il nagea loin en haut, loin en bas, puis il rentra à Tumu iti, à Faa iti à l'intérieur de sa vieille coquille Rumia et resta dans cet espace confiné dans une nuit épaisse.

Fatigué de cette vieille coquille, de mauvaise humeur, il glissa dans une nouvelle et en sortit pour se lever dessus. De cette nouvelle coquille, il fit la fondation, la grande origine du monde, la roche mère, le sol fertile du monde. Rumia l'ancienne coquille devint sa maison, l'enveloppe des cieux divins, le ciel confiné encerclant le monde en formation.

Alors Taaroa demeura dans le ciel confiné dans l'obscurité totale, sans lumière aucune, et il devint un adolescent habité par quatre personnages : mémoire, pensée, regard fixe, observation attentive. Ces personnages avaient vu la terre et s'en souvenaient.

Qui nomma ce jeune homme Taaroa ? Il se nomma lui-même Taaroa.

Taaroa grandit et mûrit. Taaroa fabriqua ensuite la racine pivotante du monde pour époux de la roche mère résonnante et il leur insuffla son esprit qu'il nomma Taaroa nui tumu tahi « Taaroa le suprême - origine première ».

Taaroa demeura très longtemps dans le ciel confiné de Rumia. Il fit apparaître les dieux qui lui étaient nés dans l'obscurité. C'est ainsi que le ciel confiné de Rumia fut appelé le ciel des divinités. C'est plus tard, en compagnie de Tu, que Taaroa fabriqua les humains.

Quand Taaroa secoua ses plumes, elles devinrent des arbres, des bouquets de bananiers et de la verdure sur la terre. Lorsque la terre devint terre ferme, la grande pieuvre Tumu ra'i fenua, lança ses tentacules en direction du nord, du sud, de l'est, de l'ouest pour maintenir le ciel collé à la terre.

Autre version

Taaroa vécut longtemps dans sa coquille ronde comme un œuf qui tournait dans l'espace à l'obscurité profonde et pérenne.

Il n'y avait ni lune ni soleil, ni terre, ni montagne, tout était à l'état d'ébauches éparées.

A un moment donné, Taaroa tapota sa coquille dans laquelle il était confiné à l'étroit. Elle se fendit et se brisa. Alors Taaroa en sortit et se leva sur sa coquille et appela : « qui est là devant ? Qui est là derrière ? » Personne ne répondit. Seul l'écho de sa propre voix lui parvint et rien d'autre...

Taaroa appela : « Roche mère, rampe vers moi. » Mais il n'y avait pas de roche pour ramper vers lui. Et il dit : « Sable, rampe vers moi » mais il n'y avait pas de sable pour ramper vers lui. Alors il renversa sa coquille et la souleva pour en faire la coque du ciel qu'il appela Rumia.

Agacé, de mauvaise humeur, il se glissa hors d'une autre coquille qui l'enveloppait et en fit de la roche et du sable. Toujours en colère, il prit sa colonne vertébrale pour en faire une chaîne de montagnes, ses côtes pour les flancs de montagne, ses viscères pour les grands nuages qui flottent, sa chair pour la fertilité de la terre, ses bras et jambes pour les écaillés et carapaces de poissons, ses plumes ou poils pour les arbres, buissons et plantes grimpantes pour habiller la terre, ses entrailles pour les chevrettes et anguilles de rivière et de mer ; puis le sang de Taaroa s'échauffa et s'en fut rougir le ciel et les arcs-en-ciel.

Mais la tête de Taaroa restait sacrée pour lui-même et il continua à vivre sur un corps inébranlable. Il était le Maître de toutes choses qui étaient en croissance et expansion. Taaroa fit apparaître les divinités et beaucoup plus tard, il fabriqua l'homme avec Tu.

Période du chaos

Confinée était la terre, maintenue qu'elle était par la pieuvre ou Atea.

Survint le temps de la nuit, survint le temps du jour. Moment de calme comme la mer étale, moment de douceur. L'un mince et ténu, l'autre épais.

Naquit la première génération de la racine, la roche d'attention juste. La roche lapiézée sous-marine et la roche montagneuse, par les fentes des roches, s'échappent des pierres. Suit l'énumération de roches en apparence opposées mais aux affinités réelles.

Voici Taaroa nui ! En lui résidait tout ce qui donne à Hawaii ses reliefs.

Puis Taaroa s'exclama : que la roche mère ouvre le passage au sable afin que Te Pori la fertilité accouche de Taere dans le murmure.

Quand le roi 1^{ère} génération naquit, il vécut pour la seconde...

Les myriades de racines consolidèrent le sable qui devint terre ferme.

Taaroa fixa le dôme du ciel, la coquille Rumia sur ses piliers. Il nomma les piliers qui firent s'étendre le ciel Atea dont Taaroa invoqua la *mana*. Il y eut croissance de l'horizon, croissance du ciel grâce aux piliers, il y eut croissance de la nuit, croissance des montagnes, des cieux, des rochers, de la pluie, de la mousse et de la glaise, des forêts et de la nourriture, du mûrier à *tapa* et des herbes.

Alors Taaroa regarda en haut et en bas, il fut empli de bonne humeur et il éclata de rire.... Puis il appela : Qui est là derrière ? des voix multiples répondirent, les voix de la montagne dressée, les voix de la levée de terre, les voix de

la source impétueuse, les voix de la rivière royale : Taaroa nous a installés.

Taaroa appela Qui est là devant ? Se nommèrent alors les éléments océaniques se réclamant de l'être de Taaroa. Taaroa appela Qui est là-haut ? Moi Atea, l'armée claire, le ciel clair, la fertilité en mouvement, la fertilité du ciel, retournée par la terre. Taaroa ré interrogea l'avant et l'arrière, interrogea ce qui peuple la terre et l'océan. Des voix multiples répondirent.

Mais tout restait confiné dans l'espace de Rumia.

Colère des divinités de la nuit

Longue était la nuit de Rumia à l'obscurité épaisse, longue nuit si longue, qu'elle équivaut à des multitudes de nos nuits, la longue, lassante nuit, nuit de Rumia. Les messagers arpentaient à grands pas transmettant l'ordre de faire cesser cette nuit si longue au point d'en être honteuse.

La grande pieuvre retenant la terre collée au ciel fut examinée par Tumu nui, songeur devant les présages néfastes qu'il déchiffrait dans les cris des oiseaux, dans le bruit des vagues allant jusqu'au fond des vallées et retournant à la mer. Tu décréta la mort de la grande pieuvre Tumu rai fenua qui enlaçait la terre et le ciel, mais il ne put la détruire. Ruatupuanui fut celui qui vainquit la pieuvre.

Mais le ciel restait proche de la terre

Uru l'inspiré écopeur de pirogue s'exclama : le confinement doit cesser.

Te mumuhu prépara la pirogue et Horo fana'e fila vers Tumu nui et Rua tupu nui à qui il demanda de lui prêter des artisans pour repousser les limites du ciel. Les divinités lui prêtèrent Rima Roa et Faatae qui, munis de leurs herminettes se dépêchèrent vers Atea, la divinité de l'espace. Effrayés par sa majesté, ils s'en retournèrent sans même s'en approcher.

Alors Horofana'e s'en fut dans les grandes profondeurs voir Ta'ere qui lui prêta cinq artisans qui, munis de leurs herminettes se dépêchèrent vers Atea, la divinité de l'espace. Effrayés par sa majesté, ils s'en retournèrent sans même s'en approcher. Et il en fut ainsi de plusieurs équipes d'artisans de Tumu nui et de Ta'ere. Ils étaient tous effrayés par la majesté d'Atea refusant de s'en approcher. Aussi le ciel restait-il confiné.

Naissance des demi-dieux

Les divinités se mirent à engendrer des enfants divins et Taaroa se mit à fabriquer des humains à partir de la terre. De l'union des divinités et des humains, naquirent des demi-dieux dont le plus prestigieux sera Maui de la famille des Maui.

Le soulèvement du ciel de Rumia

Les divinités étaient toujours de mauvaise humeur. Rû en colère, souleva le ciel jusqu'au niveau de la colline Moua

raha de Bora Bora et de la colline Avariavari de Raiatea. Puis il consolida cet écartement grâce à des plantes et du corail. Mais cet effort fut si intense qu'il en devint bossu.

Alors Tino rua divinité océanique prit la relève mais échoua à faire bouger Atea.

C'est alors que Maui, le sixième enfant de Ua hea et Hii Ra ; celui qui est né avant terme sous forme d'une motte de terre que les parents pensèrent dépourvue d'embryon et enveloppèrent dans de l'écorce d'arbre à pain avant de la confier après des prières à la mer. Récupéré par ses ancêtres sous-marins, il grandit doté de huit têtes et s'en revint chez ses parents.

Il décida lui aussi de soulever le ciel et réussit à le poser sur les plus hauts sommets. Dépasser ces sommets était son objectif. Il appela des ouvriers pour l'aider mais il ne réussit qu'à consolider son exploit, sans le dépasser.

Alors Maui s'envola au 1^{er} ciel, puis au 2^e, au 4^e, au 9^e et il rencontra Tane au 10^e ciel. Il lui demanda de lui prêter des artisans pour séparer totalement la terre du ciel pour faire disparaître le confinement.

Des coquillages étoiles apparurent dans le ciel. Tane les mit dans son panier à outils et appela son hirondelle blanche pour l'accompagner sur le chantier de Maui et il s'attela avec ses coquillages étoiles à creuser le corps d'Atea, prenant des troncs d'arbre comme levier et supports. Atea souffrait et gémissait mais Tane continua et alors Atea se détacha si haut que la lumière emplit le monde.

C'est ainsi que prit fin la longue si longue nuit de Rumia. Les tentacules de la grande pieuvre achevèrent de se détacher, elle tomba dans le sud où elle devint Tubuai.

Après le soulèvement du ciel

Quand il fit jour, les humains virent le monde, les nuages, l'espace infini d'Atea. Hina te uuti mahai tua mea, la mère des humains peupla la mer de conques, de raies de crabes de terres, de crevettes et crustacés d'eau douce. La mer ondulait, le soir vint mais les astres n'étaient pas en place et la confusion régnait.

Les humains fabriquèrent des maisons, cultivèrent le sol et présentèrent leurs offrandes à Taaora et Maui devint grand prêtre. Alors il se mit en quête de Raitupua qui observa tout ce qui avait été fabriqué et engendré.

Installation de l'ordre des choses

Tane le dieu de la beauté et des belles choses salua Raitupua et ensemble ils allèrent au devant d'Atea atteinte de laideur. Atea et Tane se répartirent l'espace et le temps. Les vieilles déesses devinrent les gardiennes du monde foisonnant de vie.

Allons en Nouvelle-Zélande chez les Maoris

L'histoire commence par un coût interminable entre les deux jumeaux Rangi le ciel et Papa la terre. Il leur naît 70 fils

divins négligés et confinés dans cet enlacement permanent. Lassés et en colère, ils décident de séparer leurs parents. Ils s'activent à les désunir et c'est Tane qui après un premier échec, réussit à repousser Rangi de la terre. Les bras de Rangi sectionnés, quatre piliers furent fichés dans Papa pour tenir à distance Rangi dont les larmes sont pluie et rosée se répandant sur Papa languissante de qui émanent des voiles de brumes et de brouillards de tristesse.

Conclusion

Ainsi de Tahiti à Aotearoa, l'on retrouve la notion de mauvaise humeur divine, de lassitude et de colère comme source d'énergie amenant à fabriquer, changer les choses qui existent. Les causes de cette lassitude et cette colère, c'est la nuit et le confinement dans la solitude pour Taaora et dans un 2^{ème} temps, c'est le confinement et la permanence de la nuit pour les divinités secondaires, les demi-dieux et les humains.

Taaora transforme sa mauvaise humeur en *mana* pour fabriquer le monde. Il s'arrête d'œuvrer quand des voix répondent à ses appels.

Mais si pour lui, le chantier était terminé, pour les divinités et les humains qu'il avait fabriqués pour vivre dans ce monde-là, c'était le chaos et la nuit. Nombreux, ils en eurent assez de la nuit permanente et du confinement. En colère, ils décidèrent de soulever Atea, divinité de l'espace, terrifiante de majesté. Dans une autre version, ils détachèrent la pieuvre enserrant la terre et le ciel. Ce travail était si épuisant que le divin Rû se retrouva bossu. Maui ti'iti'i, Maui tikitiki, l'espiègle fils de divinité et d'humaine, souleva le ciel plus haut et mobilisa Tane, le dieu de la beauté et des belles choses. Armé de coquillages étoiles outils, Tane détacha complètement le ciel de la terre pour faire entrer la lumière dans le monde. De même les soixante dix enfants de Rangi et Papa décidèrent de séparer leurs parents mais c'est Tane qui y réussit. Et la lumière entra dans le monde que les enfants parcoururent, visitèrent et fécondèrent pour faire apparaître plantes et animaux ainsi que des humains sur la terre mère.

C'est ainsi que les humeurs telles que la lassitude et la colère se révèlent être de puissants leviers pour fabriquer le monde, réveiller les potentialités en sommeil dans le cosmos et dans le corps même de la divinité et de l'humain. Pour organiser le monde et le rendre vivable, c'est encore la mauvaise humeur des divinités de second ordre, du demi-dieu Maui et enfin du beau dieu Tane, qui fut mobilisée pour faire entrer la lumière dans le monde et l'organiser.

A partir de mauvaises humeurs, l'énergie mobilisée permit de réunir les conditions de la bonne humeur¹.

1 . Ce qui me fait comprendre pourquoi quand quelqu'un se mettait à l'ouvrage en décidant par exemple un grand nettoyage de la maison ou du jardin, la question qui posée était toujours : « Après qui ou après quoi es-tu en colère ? » Car chacun sait que le travail de mise en ordre est le meilleur remède à la colère.



Edgar Tetahiotupa

Humeur polynésienne : des mots pour le dire

Dans les langues polynésiennes, le sentiment et l'humeur ne peuvent être dissociés. En marquisien, les sentiments se disent *koekoe* ; littéralement, *koekoe* désigne les entrailles. Celles-ci sont les sièges des idées, des sentiments, des émotions, des affections. Un cœur aimant, miséricordieux, bienveillant se dit *koekoe kaòha*. Pour qualifier une personne humble, modeste, on dira que ses entrailles ne sont pas orgueilleuses, *koekoe kaiè koè*. L'égalité d'humeur est définie par quelque chose de simplement doux (*moù noa*), ou par le lieu où se trouve le foie (*ate noho*) ; d'ailleurs, en marquisien, *ate* signifie aussi : lentement, doucement, posément. La maîtrise de soi, la tempérance se traduisent par le fait de retenir en soi les mauvaises choses, les mauvais désirs, c'est *koekoe òmi i te hia p*. La tempérance, le renoncement sont définis par une négation, celle de satisfaire les besoins (ou plutôt les plaisirs) du corps, *koekoe tookoè te hia o te nino*. Se mettre en colère, détester, garder rancune, c'est *koekoe haahaa*. *Haa* indiquant une action, *haa* c'est faire quelque chose.

Vous l'aurez compris, je vais vous parler des humeurs ou du moins des sentiments, des émotions qui, en marquisien, se disent *Te hakatu o te koekoe o te Ènata*, qui pourrait se traduire par : Les différents genres d'entrailles des Marquisiens. Ensuite, je ferai une petite incursion dans les travaux de Robert I. Levy, anthropologue américain, pour vous parler de la colère, désignée sous le nom de *riri* en tahitien. Nous terminerons enfin cette communication par des extraits de textes d'écrivains, décrivant l'humeur appelée *fiu*.

Pour une meilleure compréhension des humeurs marquisiennes, je vous propose de suivre les explications que l'on peut donner à partir des remarques de Teii. L'idée de faire figurer son point de vue est de donner à entendre la manière dont le Marquisien se représente, définit et explique les humeurs à travers sa langue.

Anthropologue

Chercheur associé au Larsh (Laboratoire de recherche en sciences humaines)

Lorsque les gens se rencontrent, dit Teii, où qu'ils se trouvent et qu'ils se disent *kaòha*, c'est-à-dire bonjour, pour moi ce n'est qu'une parole, ce n'est qu'un mot. Cela ne vient pas des profondeurs des entrailles (*koekoe*). Lorsque nous rencontrons des gens que nous connaissons, nous disons *kaòha* simplement, *kaòha* en nous serrant les mains, *kaòha* en levant le bras, *kaòha* en s'embrassant. Lorsque nous rencontrons des gens que nous ne connaissons pas, nous disons *kaòha* simplement, ou *kaòha* en levant les sourcils. Mais le véritable *kaòha*, c'est celui qui vient du fond des entrailles, on peut le comparer à une source jaillissante qui distribue des bienfaits. Cela se voit sur le comportement des gens. Ils donnent, ils rendent service sans rien attendre en retour. Mais tout le monde ne possède pas cette qualité, ne possède pas ce *kaòha* au fond de lui-même. *Kaòha*, c'est donner, donner et toujours donner, sans penser à son profit personnel.

Te koekoe vaièi, c'est partager avec tout le monde ; plus encore, c'est partager avec des gens pauvres, avec des petites gens, des infirmes, des malades qui vivent dans un dénuement total et qui sont privés de tout. C'est partager sans tenir compte des conditions dans lesquelles ils vivent, sans rien espérer en retour. C'est aussi partager l'argent, les biens matériels, le savoir, la connaissance, l'intelligence (*maama*, littéralement la lumière) ; c'est dispenser du savoir, c'est aider les autres à accéder au savoir... C'est ce qui s'appelle *koekoe vaièi*. À l'opposé, nous avons *koekoe kaikino* ; c'est littéralement les entrailles qui mangent méchamment ou égoïstement.

Te koekoe moù peut se définir par l'attitude de quelqu'un qui ne veut aucune dispute, aucune bagarre avec les gens. Il s'efforce continuellement de maintenir la joie, la bonne humeur autour de lui. Il reste discret sur sa condition, il est effacé, affable, et ne cherche nullement la confrontation. À l'opposé, nous trouvons *te koekoe haahaa*, *te koekoe hae* ; c'est littéralement des entrailles coléreuses, haineuses...

Te koekoe koakoa se manifeste par l'attitude joyeuse d'une personne, aimant s'amuser, se divertir, toujours heureuse. Elle ne jalouse pas les biens d'autrui. Elle veut que tout le monde soit heureuse, soit dans l'abondance. C'est cela qui

la réjouit. À l'opposé, nous trouvons *te koekoe kikino* ; c'est littéralement des entrailles misérables, pauvres, mauvaises...

Te koekoe pakaihi se dit de quelqu'un qui ne voit que le bon côté des choses. Il accueille les gens, s'occupe d'eux. Il ne dit, ni ne pense de mal d'eux. Il ne se moque pas d'eux, ne les déconsidère pas, ne les méprise pas, ne leur fait aucun mal, ne les fait pas pleurer, ni ne les fait souffrir... À l'inverse, nous trouvons *te koekoe tiōhi pē* ; littéralement, ce sont des entrailles qui regardent méchamment.

Te koekoe uē se traduit par la peine que l'on éprouve lors de décès de nos proches, de nos amis ; lors de maladies graves ou lorsqu'ils se trouvent confrontés à de grandes difficultés. *Te koekoe uē*, c'est littéralement des entrailles affligées, des entrailles en pleurs. À l'inverse, nous avons *te koekoe feōkaka*, ce sont des entrailles très dures.

Te koekoe aukuha se définit par quelque chose qui arrive subitement, mais qui ne dure pas longtemps. Les entrailles sont remplies de regrets, de tourments, d'anxiété. *Te koekoe aukuha* se manifeste par des pleurs à grands cris (*te uē pahavaheva*), c'est un crève-cœur, une peine, un supplice. Ce sont aussi des regrets provoqués par la nostalgie du pays.

Te koekoe aumiti, c'est le fait de penser à quelqu'un que l'on aime, que l'on apprécie beaucoup, qui est décédé ou qui est parti dans un pays lointain. Cela se produit lorsque la personne reste seule, sans compagnie, dans un endroit abandonné, éloigné de tout.

Te koekoe e ūa s'explique par l'attitude d'une personne prise par deux pensées contradictoires, les bonnes et les mauvaises. *Te koekoe ūa*, ce sont littéralement les entrailles partagées en deux.

Te koekoe kaiipiō se trouve chez quelqu'un qui cherche le mal, la dispute, qui provoque la bagarre et ne fera rien pour être conciliant. À l'inverse, nous avons *te koekoe moū*, c'est-à-dire des entrailles douces.

Te koekoe keitani ou *te koekoe ōvī* se rencontre dans des situations qui font naître la jalousie, la rancœur ; par exemple : lorsque tu as un bien matériel et que, dans le partage, tu en laisses peu pour ton ami (*hoa*), celui-ci va éprouver de la rancœur, on dira qu'il a un *koekoe keitani* ou *ōvī*. À l'inverse, nous avons *te koekoe toitoi noa*, c'est-à-dire des entrailles justes.

Te koekoe pekē se trouve chez quiconque, chez les adultes, chez les jeunes, ainsi que chez les enfants. *Te pekē*, c'est pour sermonner les adultes, les jeunes, les enfants pour les faire venir, ou revenir, dans le droit chemin, le chemin juste, ou pour éviter qu'ils prennent un mauvais chemin qui les incite à faire des choses mauvaises et méchantes. *Te pekē* est aussi utilisé pour le non respect, pour la désobéissance, lors-

que l'enfant n'écoute pas (*putui*), lorsque quelqu'un prend quelque chose sans demander la permission.

Te koekoe haahaa, ce genre d'humeur est tout ce qu'il y a de plus fort, elle brûle dans les entrailles, comme un feu très ardent (*e ahi ūa tapupu*). Ce feu pénètre dans les entrailles colériques, même chez quelqu'un de sincère, de vrai (*tiātohu*), jusque dans l'âme (*kuhane*) et dans les entrailles (*koekoe*). La colère perce, transperce même jusque dans les articulations (*pohotina*) de la colonne vertébrale (*pooivitu*), jusque dans la moelle des os (*te huoo o te tau ivi*). C'est pour cela, lorsque la colère est grande, le corps entier tremble, semblable à celui d'une personne qui a de la fièvre (*hautete*). Ses entrailles sont toutes retournées (*kāviivii*) comme de grosses vagues qui grondent et s'abattent sur le rivage. Lorsque cette personne a envie de te faire du mal, elle va s'attaquer aux biens les plus précieux que tu possèdes, c'est-à-dire ta femme (ton épouse), tes enfants, ta famille ou à tes biens matériels.

Te koekoe vevei, c'est d'abord l'irritation, l'agacement, la colère envers soi-même. Par exemple, lorsqu'un travail n'est pas terminé ou qu'il est mal fait. On est irrité, agacé... ; lorsque, par ta propre faute, tu te fais mal toi-même, en te cognant le pied sur une pierre ; lorsque tu ne termines pas un travail ou qu'il est mal fait. C'est ensuite, l'irritation, l'agacement ou la colère envers quelqu'un. Par exemple, lorsque tu vas chercher un ami à l'aéroport et que l'avion a pris du retard. Il n'arrive que trois heures après. Ou alors, lorsque tu arrives à l'aéroport, cela fait déjà bien longtemps que ton ami est arrivé, il est rentré chez lui, à la maison, sans t'en avertir. *Te koekoe vevei*, c'est aussi lorsque tu deviens un sujet de moquerie ou de dérision, ou lorsqu'on te considère comme un moins que rien.

Te koekoe koita est une humeur que l'on peut classer en-dessus du *koekoe vevei*, et lorsque cette humeur est trop forte, on en arrive à verser des larmes. *Te koekoe koita* se manifeste, par exemple, durant les moments de sieste ; il y a les cris et les pleurs des enfants, la musique... On aura beau sermonner notre entourage, leur demander de ne



pas faire de bruit, personne n'écoute. *Koita*, c'est aussi des douleurs ressenties, des rages de dents, des maux de tête. C'est l'attitude d'une personne qui travaille, sans relâche, malgré sa grosse fatigue. *Koita*, c'est aussi la jalousie, c'est être jaloux de l'autre.

Te koekoe mutu se définit par toutes les situations : colères (*haahaa*), pleurs (*uē*), douleurs (*memae*), regrets (*aukuha*), lamentations, tourments (*aumiti*), jalousies (*ōvī, keitani*), honte (*hakaina*), mauvaises pensées (*te maakau faufau*), méchanceté..., toutes ces situations qui créent les conditions favorables au mutisme.

Maintenant, nous allons aborder la colère et ses diverses interprétations. Pour cela, nous allons nous référer aux travaux menés à Huahine, au début des années soixante, par l'anthropologue américain Robert Levy¹. Dans cette description de la colère, nous allons écouter les témoignages des habitants du village de Piri. Nous entendrons Poria, Tavana, Oro, Veve Vahine, Toni et Teiva.

Le mot habituel pour désigner la colère en tahitien est *riri*. C'est l'une des émotions qui vient du *āau*, c'est-à-dire des entrailles [...]. Elle part du *āau* et va jusqu'à la tête, où elle doit être examinée, repensée avant toute action.

Une rage extrême se dit *hae*. Selon Poria, la personne est tellement furieuse qu'elle veut vous dévorer. *Īriā* est un autre terme attribué à un état d'irritabilité, à une prédisposition à la colère.

Sur une liste totale de 301 items répertoriés dans le dictionnaire des missionnaires, décrivant différents états émotionnels, il y en a 47 qui font référence à la colère [...]. Dans la liste des termes évoquant les sentiments, ceux désignant la colère étaient les plus nombreux, si on les compare avec des termes de sens commun, comme le plaisir, la peur, le désir, l'agitation de l'esprit, la tristesse, la tendresse, la honte, etc. Sur ces 47 items, au moins 12 sont des termes avérés désignant la colère, à quelques nuances près. Sur ces 12 termes, seuls 3 sont utilisés dans le tahitien contemporain [...].

La colère est habituellement décrite comme quelque chose de mal, bien que parfois, dans des proportions modérées, elle peut être utile. En effet, selon Tavana, elle vous aide à surmonter la peur lorsque quelqu'un vous fait du tort. Mais selon d'autres personnes, elle peut aussi mener à des combats au couteau, à des blessures et à la mort (notons par exemple que *taparahi*, qui veut dire tabasser ou vandaliser, signifie aussi tuer. De même, [...] le mot *pobe* veut dire aussi bien inconscient que mort).

Il est à noter que les témoignages sur les effets violents de la colère ne sont à première vue que de petites situations vécues de colère. Elles sont, en général, dues à une grande timidité, celle-ci étant considérée, dans la société polynésienne, comme une valeur culturelle.

Si on affirme que la colère est généralement considérée comme dangereuse, on dit aussi qu'une fois qu'une personne est en colère, ce qu'il convient de faire est de la laisser s'exprimer, [...] pour que la colère s'évacue. D'après Tavana, les Tahitiens disent qu'un homme en colère est comme une bouteille. Au fur et à mesure qu'elle se remplit, elle commence à déborder. Une colère inexprimée a des effets néfastes sur le corps ; elle peut

provoquer des troubles à la tête ou au cœur ; des personnes en sont déjà mortes.

Il a été demandé à Oro de décrire ce qu'il pensait de la colère, voici son témoignage : "La colère n'est pas une bonne chose". ("Pourquoi ?") "Vous, vous dites, je vais garder ça pour moi et puis arrive un moment où vous ne vous contrôlez plus. À cause de ça [c'est-à-dire, la colère] vous vous sentez faibles, fragiles, parce que vous êtes en colère après certaines personnes, et que vous gardez tout en vous. Si vous êtes en colère, ne vous taisez pas". ("Que faire quand on se met en colère ?") "Si vous êtes en colère après une personne, ne tergiversez pas, pour vous calmer, allez lui parler. Et ensuite, les choses s'arrangeront et il n'y aura plus de malentendu. Si vous êtes en colère et que vous gardez tout pour vous, et que vous en voulez à cette personne, ce n'est pas bien. C'est comme si votre tête n'était pas bien". Si vous intériorisez tout et n'allez pas rencontrer la personne qui vous a mis en colère, elle continuera, et vous aurez envie de la tuer, pour que "la colère vous quitte".

Flora ajoute qu'une colère inexprimée vous donnera des cheveux blancs.

Oro a clairement expliqué que, pour trouver la cause de la colère, il est nécessaire de la verbaliser, d'en parler à quelqu'un. Ce n'est pas seulement pour se soulager des sentiments désagréables, mais c'est aussi une manière d'essayer d'éviter les désagréments futurs. Comme l'expliquait Veve Vahine, elle préfère que les personnes qui sont en colère après elle le lui disent, "parce que si quelqu'un ne me dit pas qu'il est en colère après moi, il ira le dire à quelqu'un d'autre. Il répandra des rumeurs sur moi, et exagérera, et ainsi commenceront les ennuis dans le village".

Les personnes timides, *māmahu*, ne piquent pas leur colère tout de suite, au moment des faits. Voici le profil décrit par Toni : "Elles ne vous regardent pas dans les yeux. Elles ne se mettent pas en colère facilement, mais prenez garde, parce que quand elles explosent, elles deviennent très violentes".

On sait qu'une colère inexprimée peut prendre plusieurs formes appelées : expressions de colère. À Piri, un jeune homme explique qu'un jour il a puni ses enfants parce qu'il était en colère après sa *vahine* (sa femme ou son épouse), mais il ne pouvait pas la frapper, parce qu'il avait peur de créer plus de problèmes à la maison. Il a dit qu'il a déversé sa colère sur ses enfants.

De nos jours, une des raisons évoquées pour expliquer une tentative de suicide est la colère. Poria raconte qu'étant enfant il a voulu se tuer parce qu'il était en colère contre son grand-père qui l'avait maltraité. Même si la colère n'est pas la cause directe du suicide, l'acte est considéré comme honteux, du fait que la personne a été incapable de se maîtriser. Teiva note que parfois il s'est senti découragé. Il dit que si ses enfants n'étaient pas là, il penserait au suicide. Mais maintenant, il n'y pense plus, parce que ses enfants auraient eu honte de lui.

Nous avons noté que certaines croyances surnaturelles, notamment celles concernant les malédictions, sont dues à la colère. Les sorts ordinaires sont associés à des menaces efficaces ("il va t'arriver quelque chose"), expression souvent tenue par des femmes. Voici comment Toni explique cette situation : "si un homme est en colère, il peut toujours frapper une femme, mais la femme ne peut que menacer, avec des menaces surnaturelles".

Le principal effet des croyances magiques sur la colère, croyances menant d'ailleurs aux sorts, est la sensibilité des gens sur l'humeur des autres personnes qui leur veulent du mal. Les croyances, comme forme de pression, amènent les gens à se concilier. La meilleure manière d'éviter de devenir victime d'une forme de magie déplaisante est d'éviter de provoquer la colère des autres membres du village. »

1. Le texte de cet auteur a été traduit en français par le Service de la traduction et de l'interprétariat. Des passages ont été légèrement modifiés, par moi-même, afin de rendre le texte plus compréhensible et plus fluide.

« Être *fiu*, nous dit t'Serstevens – c'est être las de quelque chose, en avoir assez, en avoir marre, comme disent les gens de Paris. On dit aussi qu'une chose est *fiu* pour exprimer l'ennui qu'elle donne. Exemple : le travail est *fiu*. » L'extrait suivant est tiré du livre *Tahiti et sa couronne* d'Albert t'Serstevens.

« Le cerveau de l'indigène, dit-il, garde toujours quelque chose de l'enfance, ne lui permet ni la continuité dans les pensées et dans les actes, ni même la constance dans les sentiments. C'est un être essentiellement capricieux et versatile, comme le sont la plupart des enfants, épris instantanément de tout ce qui est nouveau, s'en emparant avec avidité, pour l'oublier très vite et courir à un autre divertissement, dont il se fatiguera aussi vite.

Le *fiu* a, de plus, un caractère impérieux, inéluctable, contre lequel ni la douceur, ni le raisonnement, ni la menace ne peuvent rien. Quand un homme est *fiu*, il est incurable, et il faut l'abandonner à sa crise.

[...]

Je ne pense pas qu'il soit une forme de la paresse, même celle de l'esprit. Un homme, dans une même journée, se lassera de plusieurs occupations mais ne cessera pas d'être actif. L'ouvrier qui vous quitte parce qu'il est *fiu* ne le fait pas pour lâcher la besogne : il cherchera de l'embauche ailleurs, ou un métier nouveau.

[...]

Il faut toujours, lorsqu'on a affaire à un homme des îles, mettre le *fiu* parmi les éléments du hasard, je dirai même de la probabilité. S'il vous offre sa maison, sa table, son lit et sa fille avec autant de curiosité et de besoin de se distraire que de générosité, acceptez de grand cœur mais gardez-vous bien de faire durer son plaisir trop longtemps. Quarante-huit heures est une bonne moyenne. Pendant ces deux jours, vous le trouverez plein de zèle et d'attentions. Il se sacrifie tout entier à votre bien-être, il n'est pas un détail qu'il néglige. Ce délai passé, son attitude à votre égard est à peu près la même, car il se doit à la politesse et au *mea haama* (cela fait honte), mais vous sentez confusément que quelque chose ne va plus.

Le sourire est toujours là mais il a perdu de sa spontanéité ; les services que vous rend votre hôte sont toujours attentifs mais ils laissent voir un soupçon de contrainte. Il est *fiu*, il est irrémédiablement et définitivement *fiu*.

Vous pouvez bien rester chez lui quinze jours, un mois, il ne vous dira jamais, il ne vous fera jamais sentir que vous lui êtes devenu importun, et depuis longtemps, mais il est *fiu* jusqu'au plus profond de l'âme, et il l'est devenu sans transition, sans espoir, sans autre raison que d'être *fiu*.

[...]

J'ai assisté plusieurs fois à cette petite scène : Madame, une Blanche, est installée sur la véranda. La bonne entre, s'arrête devant elle, l'air penaud : « Madame, je veux m'en aller...

- Tu veux t'en aller et pourquoi donc ?

- Je ne sais pas..., je veux m'en aller...

- Est-ce que tu n'es pas heureuse chez moi ? Tu manges bien, tu es bien payée, tu ne travailles pas beaucoup, tu vas au cinéma, je te laisse même aller au bateau, je te donne des robes...

- Oh ! oui, tu es gentille, je t'aime bien !

Et on laisse couler de grosses larmes qu'on essuie jamais parce qu'elles sont les marques visibles de la douleur.

- Alors ? pourquoi veux-tu partir ?

- Je suis *fiu*."

Elle est *fiu* !

Il n'y a plus qu'à la laisser faire son paquet et lui verser ses gages. Une patronne qui ne connaît pas encore l'âme indigène refuse de les payer : « Puisque tu veux partir sans raison, je ne te donnerai rien et tu resteras. »

Il s'agit de quinze cents francs. La bonne s'en va, les mains vides, abandonnant même son baluchon. Elle n'est jamais venue chercher ni les vêtements, ni l'argent. Elle est *fiu*. »

Dans le *Guide Julliard du Monde*, Henri Gault et Christian Millau nous offrent du *fiu* une image quelque peu différente par la forme :

« *Fiu* est un mot plus important encore car il reflète l'aspect profond et irrationnel de l'âme tahitienne. *Je suis fiu, c'est fiu...* Phrases magiques qui expriment le dégoût subit, la lassitude, le besoin irrésistible de tout planter là.

Aucun mot français n'est capable d'en traduire entièrement le sens, car *fiu* exprime à la fois un sentiment (j'en ai assez), et une décision (je laisse tomber).

La vahine qui, la veille encore, paraissait très amoureuse, part le lendemain matin, sans explication : elle est *fiu*. Le jardinier, dont on appréciait tant le travail, n'est même pas revenu chercher son salaire : il est *fiu*.

Quand le *fiu* s'empare du Tahitien, il ne cherche même pas à lutter, il est littéralement possédé.

Ce phénomène déconcerte l'Européen rationaliste et l'agace prodigieusement. Pourtant, le *fiu* a certainement une origine très lointaine. Elle tient à l'essence même du peuple maori qui, il y a 2 000 ans, fit la plus stupéfiante des randonnées maritimes, naviguant dans l'inconnu, allant d'une île à l'autre et poursuivant ce manège durant des siècles, avant de se fixer sur des terres qui, bientôt, ne lui appartiendraient plus. Le *fiu* est finalement quelque chose de très noble : c'est le réflexe d'un homme libre décidé à ne pas se laisser piéger. »

Références

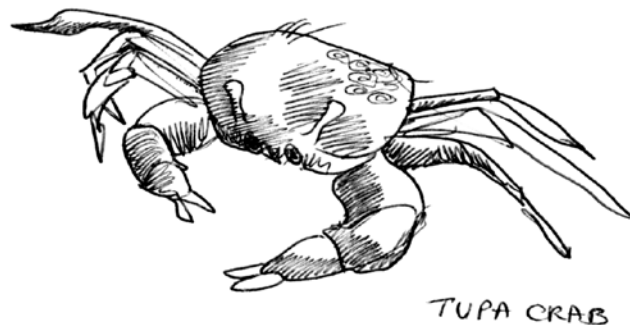
GAULT Henri et MILLAU Christian, 1968, *Guide Julliard du Monde*, tome 1, Les mers du Sud, Paris, p. 247.

LEVY Robert I., 1973, *Tahitians, Mind and Experience in the Society Islands*, University of Chicago press, Chicago, pp. 284-287.

t' SERSTEVENS Albert, 1950, *Tahiti et sa couronne*, Albin Michel, Paris, pp. 267-270.

Remerciements

Je tiens à adresser tous remerciements à l'association *Te ui hou o te fenua ènata* pour le travail qu'elle a effectué dans le recueil des humeurs en marquisien, ainsi qu'au Service de la traduction et de l'interprétariat pour avoir traduit en français le texte de Robert I. Levy.





Jean-Luc Lehericy

Expression de la souffrance psychique et système de soins en Nouvelle-Calédonie

La souffrance morale s'exprime de différentes manières selon les cultures et les époques. Dans l'Occident Judéo-Christien, elle prend généralement la forme de la culpabilité avec son principal avatar : la dépression (au sens clinique du terme). Ailleurs, cette souffrance peut s'exprimer sous le couvert de la honte. Si la culpabilité correspond au versant individuel internalisé, la honte correspond au versant social externalisé.

Dans les sociétés traditionnelles, le mal est rarement intériorisé. Il est généralement extériorisé sous la forme d'une personne, d'un être ou d'une force malveillante. En Nouvelle-Calédonie, elle prend la forme du « Boucan » qui correspond indifféremment à des pratiques magiques ou à une substance toxique administrée à son insu. La croyance dans le « Boucan » n'est pas délirante en soi mais elle est profondément ancrée dans la société calédonienne. La souffrance psychique prend alors volontiers un aspect psychotique délirant à thématique persécutrice ou mystico-religieuse où la croyance dans le « boucan » devient envahissante avec le risque d'entraîner des troubles comportementaux auto ou hétéro agressifs. Il s'agit généralement de bouffées délirantes plus ou moins brèves où les affects sont extrêmement congruents au contenu du délire (et donc au vécu). La rupture brutale de l'équilibre antérieur a été décrite sous le vocable de « folie canaque ». Dénomination qui a disparu depuis les années 1980. A noter que si le « boucan » correspond à la conception et à l'usage maléfique des forces surnaturelles ou plantes médicinales, son versant thérapeutique existe et les mélanésiens n'hésitent pas à y avoir recours (souvent en parallèle aux thérapeutiques occidentales) en cas de maladie. Il s'agit alors de guérir le mal par le mal ou, plus logiquement, de réparer le mal par les mêmes voies (celles qui sont culturellement admises pour expliquer la maladie).

Plusieurs groupes ethniques se côtoient en Nouvelle-Calédonie. Qu'il s'agisse des mélanésiens, des polynésiens, des européens ou des asiatiques (pour ne parler que des principaux groupes) – chacun a son propre mode privilégié d'expression de la souffrance. On retrouve donc – en Nouvelle-Calédonie – tous les modes d'expressions allant de la dépression aux psychoses délirantes aiguës. Au fil du temps, on assiste à une homogénéisation progressive des conceptions comme des expressions de la maladie. Comme souvent en milieu îlien, le brassage des peuples correspond à un métissage des cultures. Il n'en reste pas moins vrai que le modèle occidental prend le pas sur les autres modèles – qu'il s'agisse des modes de vie, de l'habillement, de l'alimentation ou de la santé. Ici comme ailleurs, la mondialisation n'est pas un vain mot et les états dépressifs sont désormais le premier mode d'expression de la souffrance psychique (quelle que soit l'appartenance ethnique et la culture d'origine du patient). Même si les patients d'origine européenne dominent encore le groupe des états dépressifs, toutes les ethnies sont désormais représentées.

Depuis quelques années, nous constatons une progression du nombre de diagnostics de dépression ainsi que du nombre de tentatives de suicide. Il est difficile – en l'absence d'études spécifiques – de donner un sens précis à cette évolution qui se rattache certainement à l'évolution de la société calédonienne : urbanisation (avec déplacement des populations des tribus et villages vers NOUMÉA), déculturation (mondialisation, européanisation, perte de cohésion du groupe familial ou clanique, ...), flux migratoires, ...



Praticien hospitalier
Centre hospitalier Albert Bousquet – Nouméa – Nouvelle-Calédonie.

Les facteurs explicatifs sont nombreux et une étude a été engagée depuis cette année 2006 pour mieux comprendre les besoins de la population en matière de santé mentale. Il n'en est pas moins vrai que l'on constate une augmentation quantitative des états dépressifs et des tentatives de suicide dans la population – notamment parmi les adolescents qui étaient peu concernés par ces problèmes il y a encore 20 à 30 ans. Autre élément, la demande en psychiatrie et- tout particulièrement – celle émanant du service des urgences, de l'UHCD, de la Réanimation et du Service de Soins Intensif du CHT.

Nous avons résumé quelques chiffres obtenus auprès du DIM du CHT pour la période 2002-2005 :

TS / CHT NOUMEA	HOMMES		FEMMES		TOTAL (hommes-femmes)
	Nbre cas	Age moyen	Nbre cas	Age moyen	
2002	78	36,3	204	34,5	282
2003	71	36	202	33,4	273
2004	88	35	187	31,7	275
2005	85	35,3	239	31,7	324
TOTAL 2002-2005	322	28 %	832	72 %	1154 (100%)

Ces chiffres correspondent à l'agglomération du Grand NOUMEA – soit une population de 150.000 habitants. On notera qu'il y a près de trois fois plus de femmes que d'hommes et que l'âge moyen des femmes est inférieur à celui des hommes. Chaque mois, un jeune de moins de 16 est hospitalisé pour TS sur NOUMEA.

Au-delà des chiffres, on peut se poser quelques questions. Cette évolution de la dépression (et des TS) est-elle fonction de l'évolution des différents groupes ethniques ? Correspond t-elle à la médicalisation actuelle des sociétés ? Y a t-il une corrélation avec l'augmentation de la densité des psychiatres ? Il est évident que le regard jeté par la population sur la psychiatrie a grandement évolué en Nouvelle-Calédonie depuis une trentaine d'années. Désormais, « psychiatrie » ne rime plus obligatoirement avec « folie ». L'expression du mal-être individuel et social s'est psychiatisée et la dépression n'est plus systématiquement stigmatisée. En atteste le nombre sans cesse croissant de longues maladies et de congés de longue durée demandés par les ayants-droits. Au travers de cette évolution, nous avons le sentiment que la maladie mentale – et notamment la dépression – n'est plus taboue et honteuse. Elle s'est même banalisée dans le langage courant et le nombre de psychiatres libéraux est passé – en quatre ans (2002/2006) de quatre à huit (tous sur NOUMEA et le Grand Nouméa). Compte tenu du fait que les installations de médecins libéraux sur la Nouvelle Calédonie sont conditionnés et contingentés par une convention avec la CAFAT (l'organisme local d'assurance maladie), on en conclura que ce doublement des psychiatres libéraux constitue une reconnaissance officielle de la place de la psychiatrie sur le territoire. A noter que l'absence de progression des psychiatres dans le secteur public qui reste – en ce qui concerne le service de psychiatrie générale – à

8,5 ETP de PH (pour une population évaluée entre 250.000 et 300.000 habitants) depuis 1998. Jusqu'à la fin des années 1980, il n'y avait que deux à trois postes de psychiatres pour l'ensemble du territoire.

Concernant la connaissance des besoins de la population en matière de santé mentale, une grande enquête a été lancée – sous l'égide de l'Université de Lille et de l'OMS – dans le courant de cette année 2006. Enquête qui a débuté sur le Grand Nouméa et qui sera élargie en 2007 aux provinces. Les résultats feront l'objet de publications.

Autres expressions du mal-être océanien – l'alcool et le cannabis. L'alcool est apparu avec l'arrivée des européens sur les rivages de la Grande Terre et des Iles Loyautés. Le mode de consommation diffère sensiblement de celui que l'on observe en métropole. Les mélanésiens et les océanien en général ont une consommation sporadique massive, généralement en groupe, lors des week-ends et des jours de fêtes. Consommations qui débouchent régulièrement sur des actes médico-légaux généralement sous la forme d'accidents de la voie publique, de violences physiques ou d'agressions sexuelles de gravités très variables. Par contre, il existe rarement de dépendance à l'alcool et les sevrages se font sans la moindre difficulté. De même, les complications somatiques sont rares.

Depuis 20 ou 30 ans, un autre produit est apparu en Nouvelle-Calédonie : le cannabis. Pour des raisons diverses, il a rapidement été adopté par les jeunes générations mélanésiennes qui se le sont accaparé comme un produit culturellement intégré (alors qu'il n'existait pas avant les années 1970). Très rapidement, il a débordé le cadre mélanésien pour toucher toutes les ethnies et toutes les couches sociales. Ses zones de production se situent essentiellement sur la Côte Est entre CANALA et TOUHO (HOUAÏLOU en étant l'épicentre). Il est également cultivé sur les îles Loyautés (essentiellement sur OUEVA) mais le commerce y est plus difficile du fait de l'isolement et des contrôles douaniers à l'arrivée sur la Grande Terre.

En l'absence d'études et de chiffres fiables, il nous est difficile d'établir un parallèle entre la progression de la consommation de cannabis et la montée en puissance des troubles psychotiques sur le territoire. Comme toujours, on peut penser que cette augmentation du nombre des schizophrénies est le fruit de l'évolution du système de soins qui dépiste précocement plus de cas et les traite. Pourtant, il existe un parallélisme entre les zones de production (également zones de grande consommation) et la densité du nombre de cas de schizophrénies. HOUAÏLOU apparaissant comme l'épicentre de la production de cannabis et la commune la plus touchée (nombre de cas rapportés à la population) par les schizophrénies. Bien entendu, nous n'ignorons pas le biais qui fait que les patients schizophrènes et pré schizophrènes sont préférentiellement attirés par les consommations de toxiques (notamment le cannabis) comme expression et auto traitement de leur mal-être.

Les autres drogues illicites (héroïne, cocaïne, crack, LSD) sont encore rares. De par son prix, l'ecstasy se limite aux couches jeunes et aisées de la société nouméenne branchée, nous avons connu une petite « épidémie » de datura au début des années 2000. Généralement prise en décoction (appelée « tisane du diable »), la datura entraînait une déstructuration brutale (plus ou moins réversible) de la personnalité sur un versant psychotique schizophréniforme. Après une flambée entre 2001 et 2003, le phénomène s'est raréfié et nous n'avons pas eu connaissance de nouveau cas depuis 2004.

L'humeur océanienne se traduit souvent par les passages à l'acte – généralement hétéro agressifs et délictueux. Ces passages à l'acte impulsifs et violents s'expliquent en partie par l'organisation de la personnalité en milieu océanien où l'individu est soumis à la loi de son groupe (famille, clan, tribu, ethnie) avec l'obligation sociale d'assumer le rôle qui lui est donné. L'agressivité étant refoulée par un mécanisme d'inhibition active interdisant toute expression (même verbale) au sein du groupe (mais pas en dehors). Sur ce terrain fait de non-dits et d'obligations plus ou moins supportables, l'alcool joue son rôle de « solvant surmoïque » facilitant l'émergence de l'agressivité sur un mode abrupte et agi. Ces passages à l'acte violents ne sont pas rares durant les week-ends ou lors de fêtes arrosées. Il constitue des catharsis vite regrettées. L'alcool étant culturellement (mais non judiciairement) perçu comme facteur atténuateur de la responsabilité individuelle (sauf en cas de répétition). Plus de 50 % des détenus du Centre Pénitentiaire de NOUMEA – toutes qualifications confondues – ont commis leur crimes ou délits sous l'influence passagère de l'alcool (les cas d'alcoolisme chroniques véritables sont très rares).

Le système de soins en santé mentale sur la Nouvelle-Calédonie

L'organisation de la psychiatrie en Nouvelle-Calédonie est l'héritière de l'histoire du territoire. Elle s'est construite à partir du Service de Santé des Armées qui a été le seul puis le principal intervenant en matière de santé durant plus d'un siècle. Elle s'est également construite sur l'héritage pénitentiaire puisque le CHS Albert BOUSQUET est l'ancien hôpital pénitentiaire du Marais qui a été reconverti – avec la fermeture progressive du bagne – en asile puis en hôpital psychiatrique (prolongeant ainsi la tradition d'exclusion de l'île de Nouville).

Jusqu'à dans les années 1980, le système de santé territorial se structurait autour des Circonscriptions Médico-Sociales qui assumaient la prise en charge médicale, psychiatrique et sociale des populations ressortant de leur territoire (correspondant à une commune). La psychiatrie se résumait alors à adresser les patients psychotiques, déficitaires ou déments sur l'hôpital psychiatrique où tous les moyens (et la quasi-totalité des malades) étaient concentrés.

Dans les années 1980, s'ouvre le Dispensaire d'Hygiène Mentale (DHM) – structure publique indépendante de l'hôpital. L'hôpital – alors dirigé médicalement et administrativement par les militaires – assurait les hospitalisations tandis que le DHM assumait des prises en charge ambulatoire sur NOUMEA.

Avec la création – fin 1989 – du CHS Albert BOUSQUET, les deux structures se voient regroupées sous l'égide administrative de l'hôpital qui devient alors l'unique référent de la psychiatrie publique. L'évolution du CHS va conduire à



l'individualisation progressive de trois services différenciés : le service de psychiatrie générale, le service de pédopsychiatrie et le service de gérontologie.

Durant les années 1990, le service de psychiatrie générale poursuit sa diversification et son ouverture sur l'extérieur. Ce mouvement débute par une fermeture drastique des lits d'hospitalisation qui vont passer – en moins de dix ans – de 300 à 107 lits. Dans le même temps, le Dispensaire d'Hygiène Mental donne naissance à un Centre Médico-Psychologique et un Hôpital de Jour (de 25 lits). Les deux structures étant implantées en centre-ville. En 1994 est créé le Centre d'Accueil et de Thérapeutiques en Alcoolologie (CATA) qui sera complété en 2001 par le Programme de Prévention du Risque Alcool (PPRA) avec une ouverture sur l'ensemble des conduites addictives. Ces deux structures ont été regroupées au 1er janvier 2006 et ont quitté le giron du service de psychiatrie pour former le Centre de Soins en Addictologie (structure indépendante intégrée) l'Agence de Santé de Nouvelle-Calédonie. L'ouverture sur l'extérieur s'est faite à partir de missions (de psychiatres et d'équipes de visites à domicile) dans les différents dispensaires du territoire. Au fil du temps, le nombre de missions va progresser tout en touchant l'ensemble des dispensaires (tant sur la Grande Terre que dans les îles).

En septembre 2001, s'ouvre la première Antenne Médico-Psychologique sur Poindimié (principale ville du Nord sur la côte est) avec une équipe permanente constituée d'un psychiatre, de deux infirmières, de deux psychologues et d'une secrétaire médicale. Compte tenu des réalités géographiques, cette structure est dédoublée avec l'ouverture en octobre 2004 d'une seconde Antenne Médico-Psychologique sur Koumac avec une répartition géographique des zones d'activité. A noter que ces deux Antennes ont des fonctions intersectorielles (psychiatrie générale et pédopsychiatrie) et sont implantées à proximité des deux hôpitaux autres que le CHT de NOUMEA.

A partir de 2003, les missions de psychiatrie sont élargies à WALLIS et FUTUNA dans le cadre d'une convention liant l'Agence de Santé de WALLIS et FUTUNA au CHS Albert BOUSQUET. Toutes les hospitalisations se font sur le CHS. L'hypothèse d'un partenariat avec le VANUATU est envisagée dans le cadre d'échanges plus large au sein de la zone pacifique.

Plus récemment (2004), nous avons individualisé une entité en charge de la problématique des adolescents. Pour l'instant, cette entité fonctionnelle se résume à un centre d'accueil et de consultation situé au centre-ville de NOUMEA (le CASADO). Ultérieurement, le dispositif sera complété par des lits d'hospitalisation (d'abord au sein du service de psychiatrie sur le site du CHS puis annexés au service de pédiatrie sur le futur site du CHT de Koutio) et par un Hôpital de Jour.

L'ouverture et la diversification se sont également faites sur le Centre Pénitentiaire de NOUMEA au travers de la

création – début 1999 – d'un Centre Médical Polyvalent prenant en charge l'ensemble des troubles psychiatriques et somatiques des détenus. Outre trois cellules de quatre lits, ce Centre Médical Polyvalent dispose d'une équipe comprenant – outre le personnel pénitentiaire affecté – un mi temps de médecin généraliste, trois à cinq vacations hebdomadaires de psychiatres, des vacations de dentiste et kinésithérapeute, un mi temps de psychologue clinicienne et deux infirmiers. Il nous paraît important de signaler que – comme pour la Polynésie Française – la Nouvelle-Calédonie n'est pas concernée par la loi du 08 janvier 1994 ce qui fait que les soins prodigués aux détenus est intégralement à la charge de l'Administration Pénitentiaire qui alloue à l'établissement un budget ne prenant pas en compte cette spécificité. De ce fait, les soins somatiques sont assurés par une unité spécifique du service de psychiatrie qui a dû développer en son sein des compétences médicales (tant pour les détenus que pour ses patients ou les populations de SDF).

Plus récemment, le service de psychiatrie s'est intéressé au secteur médico-social. Cet intérêt provient d'une triste réalité : le manque de lits et la perte de cohésion du tissu social qui abouti à la désinsertion définitive (plus ou moins progressive) des patients atteints de pathologies chroniques. Une dynamique qui se traduit par le nombre sans cesse croissant de SDF ou de détenus présentant de graves troubles psychiatriques. La fermeture massive des lits (durant les années 1990) n'a pas été accompagnée par la création d'un secteur médico-social. La loi cadre définissant la structure institutionnelle de la Nouvelle-Calédonie n'a pas contribué à favoriser cette création puisque si la santé dépend effectivement de compétences territoriales, le champ social est du registre exclusif des trois provinces tandis que l'ordre public ressort toujours du domaine régalién de l'Etat. Toute création passe donc par des partenariats sous le couvert d'associations.

Le secteur intra hospitalier a également été profondément modifié durant ces dix dernières années. Initialement, l'hôpital psychiatrique comprenait plus de 300 lits répartis en dix pavillons (dont trois avaient une vocation gériatrique). La mutation de l'ensemble s'est faite au fil du temps au travers de la création d'unités fonctionnelles différenciées et de regroupement. C'est ainsi que les pavillons à vocation gériatrique ont été regroupés au sein d'une unité fonctionnelle (l'Unité pour Personnes Agées) qui a donné naissance – en 2000 – à un service de gérontologie clinique totalement autonome du service de psychiatrie (mais avec des partenariats autour de la géronto-psychiatrie).

Dans le même temps, les services d'hospitalisation psychiatrique ont évolué pour se différencier tout en précisant leurs missions.

A ce jour, le secteur psychiatrique comprend cinq unités (toutes mixtes) – une 6ème devant s'ouvrir en juillet 2007 :

- l'unité d'admission et d'hospitalisation ouverte de 21 lits dont la durée moyenne de séjour tourne autour d'une semaine.

- l'unité d'hospitalisation fermée de 27 lits accueillant tous les modes de placement sous contrainte incluant les placements judiciaires et les détenus hospitalisés. Se rajoutent les patients nécessitant une surveillance accrue (risques suicidaires, risques de fugues) et les patients en situation de vulnérabilité (notamment les adolescents et les vieillards). Cette cohabitation n'est pas sans poser de problèmes et une nouvelle unité est en cours de construction pour séparer les patients médico-légaux des autres patients. A noter que la législation en matière d'hospitalisations sous contrainte diffère de la métropole.
- l'unité de long et moyens séjours (de 40 lits) qui accueille les post-cures et les patients vieillissants ayant perdu toute autonomie et sans autre solution de prise en charge (faute de secteur médico-social approprié). Elle accueille également les hospitalisations séquentielles de patients chroniques réinsérés dans leur milieu familial sous condition de soulager régulièrement leurs familles au travers d'hospitalisations régulières dont la durée ne dépasse jamais quatre semaines.
- l'unité d'accueil spécialisé (de 19 lits) prenant en charge des patients en perte d'autonomie généralement porteurs de pathologies psychiatriques lourdes (autisme, psychoses infantiles, déficiences sévères associées à d'autres troubles, schizophrénies résistantes) associées à des affections somatiques sévères ou des poly-handicaps.
- l'ergothérapie qui – avec son équivalent extra hospitalier : les Ateliers Thérapeutiques – est une unité transversale à vocation intra hospitalière.

Prenant en compte les réalités cliniques, réglementaires et humaines, une Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée (UHSA) de dix lits accueillant tous les placements médico-légaux (placement judiciaires et détenus hospitalisés en application de l'article D.398 du CPP) va ouvrir en juillet 2007. De ce fait, l'Unité Fermée n'accueillera plus que les autres placements sous contraintes et les patients nécessitant une surveillance accrue du fait de leur âge ou de leur pathologie.

Il paraît difficile de clore mon intervention sans évoquer le cadre législatif de la psychiatrie en Nouvelle-Calédonie et son évolution à venir.

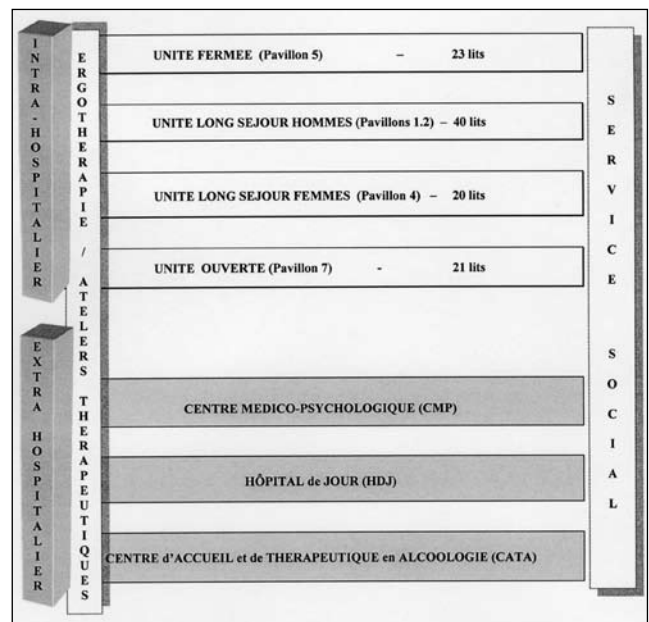
La loi du 27 juin 1990 ne s'applique par en Nouvelle-Calédonie où les hospitalisations sous contrainte sont régies par un décret en date du 30 décembre 1936. Ce texte était novateur pour son époque. Il était également pragmatique compte tenu du fait qu'il s'adressait à un territoire éloigné incluant la Nouvelle-Calédonie et les Nouvelles-Hébrides avec des populations ayant des problématiques très différentes dans un environnement médical souvent réduit à sa plus simple expression.

Ce texte prévoit quatre types de placement :

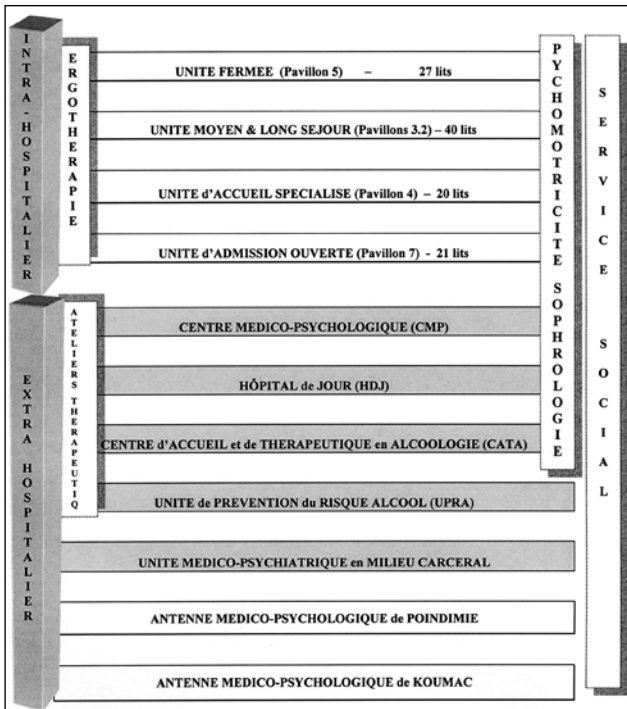
- le placement volontaire où le patient demande et signe son internement. Il est aujourd'hui remplacé par les hospitalisations libres qui constituent près de 75 % du total des admissions.
- les placements demandés qui correspondent aux Hospitalisations à Demande de Tiers représentant 20 % des admissions.
- les placements ordonnés (correspondant aux Hospitalisations d'Office) correspondant à moins de 5 % des admissions. Ils comprennent les placements ordonnés en application de l'article D.398 CPP (moins de 1 % par an).
- les placements judiciaires ordonnés par les tribunaux en applications de l'article 122-1 du code pénal (moins de 1% du total des admissions mais avec des durées de séjour de plusieurs années).

L'évolution récente de la Nouvelle-Calédonie et la complexité des textes a rendu cette loi peu à peu désuète et, pour tout dire, inadapté aux réalités humaines, cliniques et légales. C'est ainsi que les prévenus et les détenus condamnés à des peines inférieures à un an se voient exclus des hospitalisations psychiatriques ou que les hospitalisations sous contrainte supérieures à six mois font l'objet d'un jugement du Tribunal de NOUMEA statuant sur leur placement définitif (pouvant ultérieurement être levé par les mêmes voies). Seuls des artifices juridiques permettent de fonctionner au mieux des réalités.

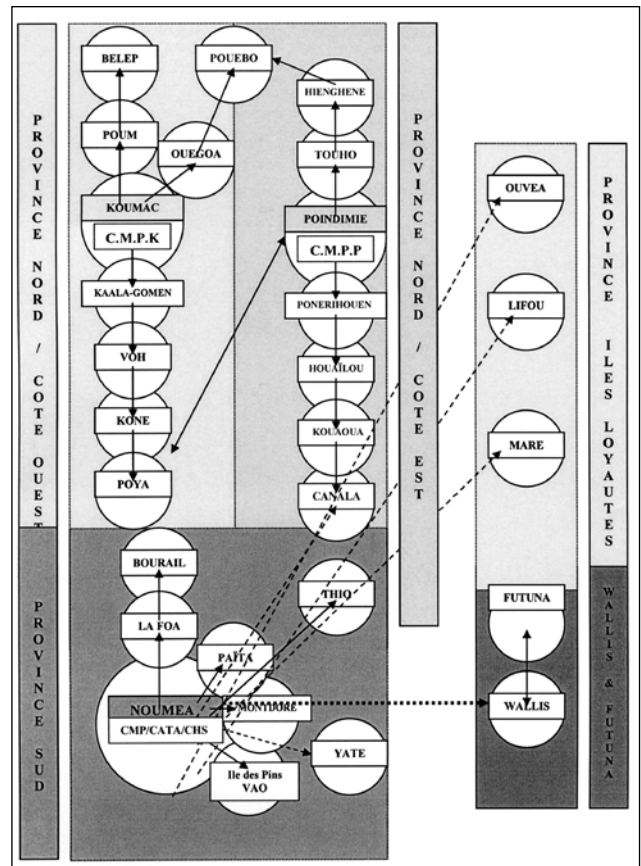
Architecture générale des unités fonctionnelles (situation en 1998)



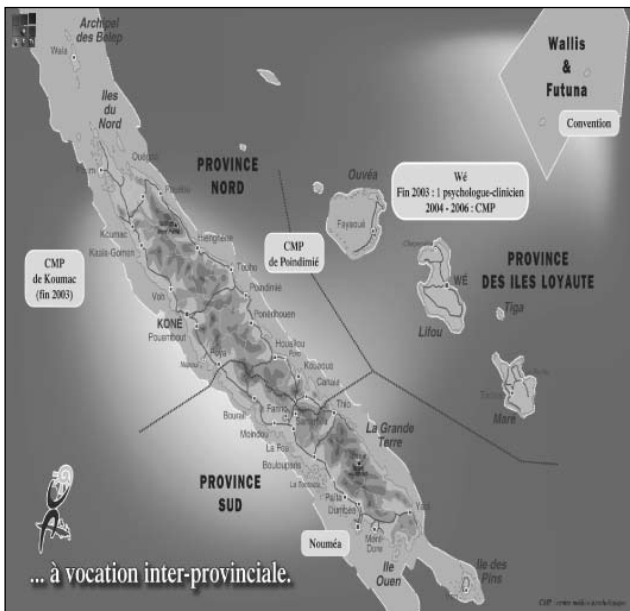
Architecture générale des unités fonctionnelles (situation en 2004)



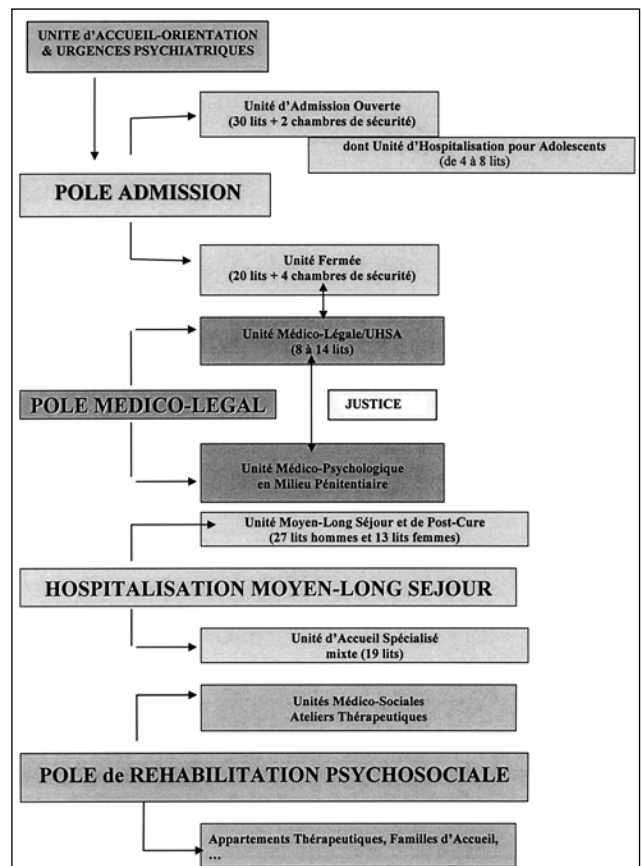
Décentralisation et sectorisation géo-démographique



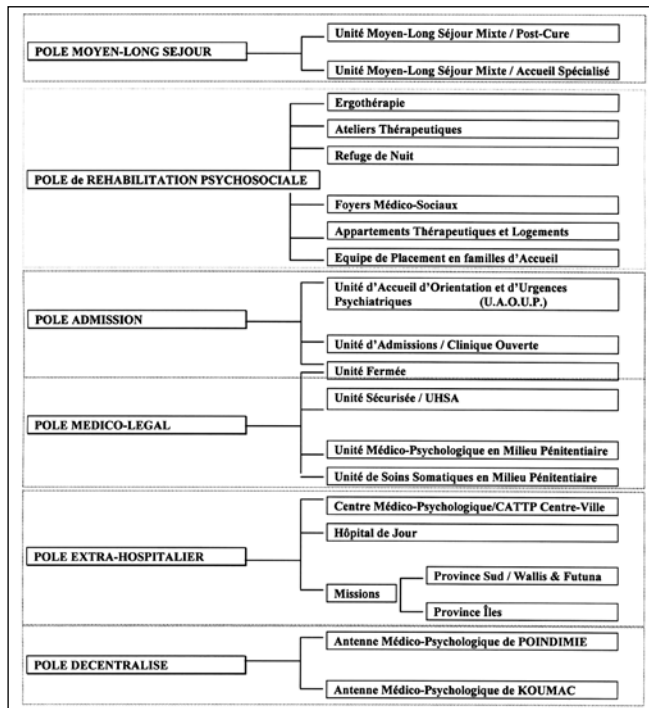
Implantation géographique du service de psychiatrie générale



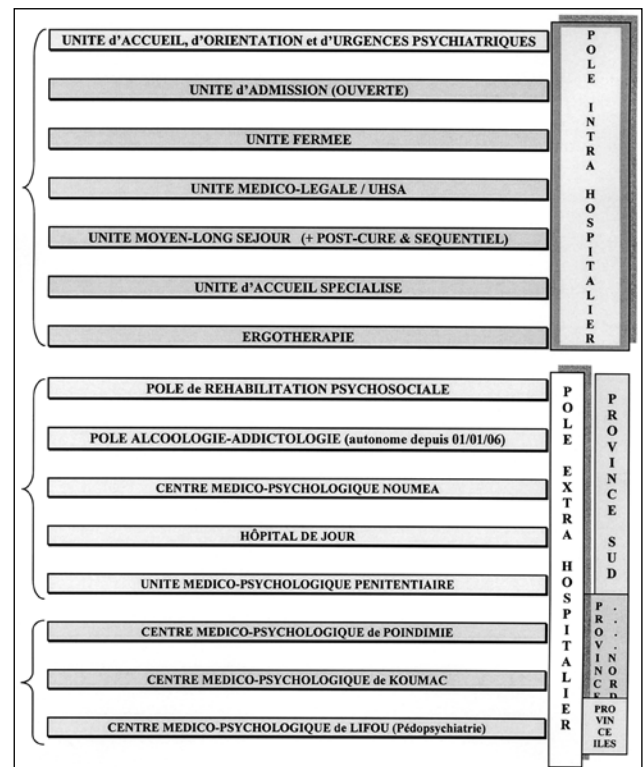
Projet de service : architecture générale



Organigramme prévisionnel du service de psychiatrie générale au terme du projet d'établissement



Architecture générale du service de psychiatrie générale (en 2009)





Philippe Palombo

Vade-mecum d'un projet d'établissement : l'exemple du centre hospitalier Albert Bousquet

1. Introduction

En métropole, depuis la loi portant réforme hospitalière du 31/07/1991, l'élaboration d'un projet d'établissement est une obligation pour chaque hôpital public.

La préparation de ce document doit en principe se référer à un schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) ; l'adéquation entre le projet d'établissement et le SROS relève d'un effort de cohérence et de concertation. Dès lors, un projet d'établissement s'appuie sur des choix d'objectifs et d'actions, visant à orienter de manière déterminante à moyen terme (5 ans), les activités et le fonctionnement de l'établissement considéré.

Il débouche sur la mise en œuvre cohérente et programmée d'actions articulées entre elles, dans le cadre des orientations définies pour la performance de l'établissement, au regard de son environnement spécifique et de l'ensemble du tissu sanitaire.

Mais la Nouvelle Calédonie ne dispose pas de schéma territorial d'organisation de la santé mentale. Cette difficulté majeure se posait au centre hospitalier Albert Bousquet pour réaliser un projet répondant aux besoins de la population tout en respectant les lignes directrices d'une politique territoriale de santé mentale encore en gestation.

Pourtant, comme tout hôpital, le CHS se doit d'élaborer une stratégie à court et à moyen termes dans le cadre sanitaire de la Nouvelle-Calédonie et d'une organisation en interne (délibération du 03 novembre 1993 portant organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie, article 3). En effet sa mission première est de soigner des patients et non plus d'accueillir des chroniques, des indigents, des exclus... ; cette mutation explique la configuration du CHS sur le plan architectural et humain, depuis son autonomie en 1990.

C'est pourquoi le projet d'établissement devient-il le prolongement d'outils de planification au niveau interne et propose la mise en œuvre d'actions sur un plan global et stratégique marquant une césure entre deux modes de gestion :

- l'un empirique, le développement de la structure dépendant, notamment des recrutements médicaux ;
- l'autre basé sur une maîtrise de l'évolution qui permet la définition d'objectifs, l'optimisation de l'offre de soins, la consolidation des choix stratégiques internes relatifs aux orientations médicales de l'hôpital.

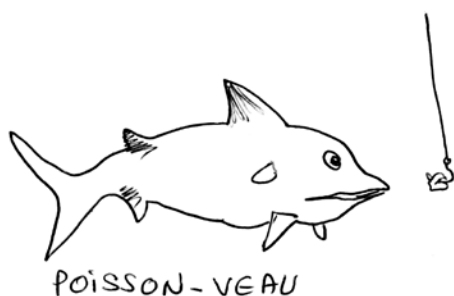
Enfin, le projet d'établissement a vocation à s'inscrire dans le futur schéma de l'organisation sanitaire de la Nouvelle Calédonie, intégrant les besoins de santé des populations. Le projet d'établissement présenté est conforme aux propositions et recommandations qui sont faites dans l'avant projet du schéma de santé mentale de la Nouvelle-Calédonie émanant de la direction des affaires sanitaires et sociales (2001) mais qui n'a jamais été validé.

2. Quelle démarche choisir ?

Après réflexions, un choix s'est imposé, il ne s'agissait pas d'opérer un simple « copier-coller » de projets existants en métropole, en particulier. De même, a été exclu le principe de prendre un prestataire de service qui dans un temps donné et dans une procédure bien rôdée, aurait été en mesure de livrer un tel document.

En revanche, le projet d'établissement a eu pour ambition d'intégrer l'ensemble des composantes de l'hôpital et d'œuvrer de concert pour construire ensemble une telle partition. Cette ambition s'est traduite ainsi par quatre mesures.

- En premier lieu, une démarche stratégique indiquant les principaux objectifs que l'établissement se donne pour les cinq prochaines années. Cette prospective rompt avec la pratique de l'annualité comptable et des budgets de transition, négociés au coup par coup. Les campagnes budgétaires seront la traduction annuelle du projet.
- En deuxième lieu, une démarche fédérative prenant en compte toutes les activités de l'établissement et mettant en cohérence les différentes logiques (médicale, économique, socioculturelle) favorisant un décloisonnement des unités



en évitant que l'on assiste à une simple juxtaposition de toutes ces dimensions.

- En troisième lieu, une démarche **intégrative** développant le sentiment d'appartenance à une communauté ; chaque salarié devant s'approprier les objectifs de ce projet.
- Enfin, une démarche fondamentalement orientée vers **l'intérêt du patient**, dans un souci de mieux le servir par la recherche de filières de soins efficaces et l'évaluation des pratiques, pierres angulaires du projet.

En outre, ce premier projet d'établissement (2005-2010) intègre des réflexions engagées en interne depuis de nombreuses années.

3. Méthodologie appliquée

A partir d'avril 2002, la direction de l'établissement, après une large concertation avec le personnel, privilégie donc une démarche volontairement « ascendante » du personnel vers les instances institutionnelles.

Un comité de pilotage mis en place le 10 juin, retient dix thèmes de réflexion :

- l'organisation des admissions en psychiatrie générale,
- le développement de l'offre de soins en Province Nord,
- le développement de l'offre de soins en Province Iles,
- la prise en charge des adolescents,
- réhabilitation, réinsertion, les alternatives à l'hospitalisation,
- l'animation pour redonner vie au CHS,
- l'accueil du personnel,
- la logistique,
- le système informatique,
- la formation continue.

Des groupes thématiques sont alors constitués. L'ensemble de leurs travaux donne lieu à des comptes rendus écrits systématiques. Chaque groupe, composé d'agents volontaires, est animé par un référent, en général ayant un statut de cadre. L'ensemble de ces animateurs bénéficie d'une formation à l'animation et à la conduite de réunion ainsi qu'à la gestion des conflits.

La coordination entre les groupes et l'information auprès du comité de pilotage pour ce qui concerne l'avancement des travaux sont assurées par le directeur, chef de projet qui, chaque semaine, fait un point de situation avec un binôme constitué de deux cadres de santé d'expérience, nommés coordonnateurs.

C'est bien le travail effectué par les groupes thématiques qui a permis la rédaction des différents projets constituant l'épine dorsale du projet global à savoir :

- le projet médical (synthèse des projets des 3 services médicaux : psychiatrie générale, pédopsychiatrie, unité des personnes âgées),
- le projet du service des soins infirmiers,
- le projet social et de formation,
- le projet logistique, informatique et système d'information,
- le plan directeur de l'établissement.

Les différents projets sont ensuite déclinés sous forme de fiches-projet ; documents synthétiques regroupant l'ensemble des informations nécessaires pour une prise de décision. Ces fiches-projet validées en interne sont ensuite classées par ordre de priorité à l'aide de deux grilles d'évaluation : l'une d'impact et l'autre de faisabilité. Elles sont élaborées au cours de la formation « conduite de projet » proposée par l'Institut de Formation à l'Administration Publique (IFAP).

Cette formation est suivie par l'ensemble des cadres de direction, des médecins-chefs de service et de l'encadrement de l'établissement (cadres de santé et chefs de bureau). Au cours de celle-ci les participants décident de réévaluer annuellement les fiches-projet afin d'assurer le suivi et l'évolution du projet d'établissement, tout en préservant la cohésion et la complémentarité des compétences du groupe ainsi constituée.

Pour ce qui concerne, la **grille d'impact**, elle prend en compte les critères suivants :

- amélioration de la qualité des soins
- amélioration de l'accessibilité aux soins
- réponse à la politique de santé et à la réglementation
- amélioration des conditions de travail
- développement de la culture d'entreprise

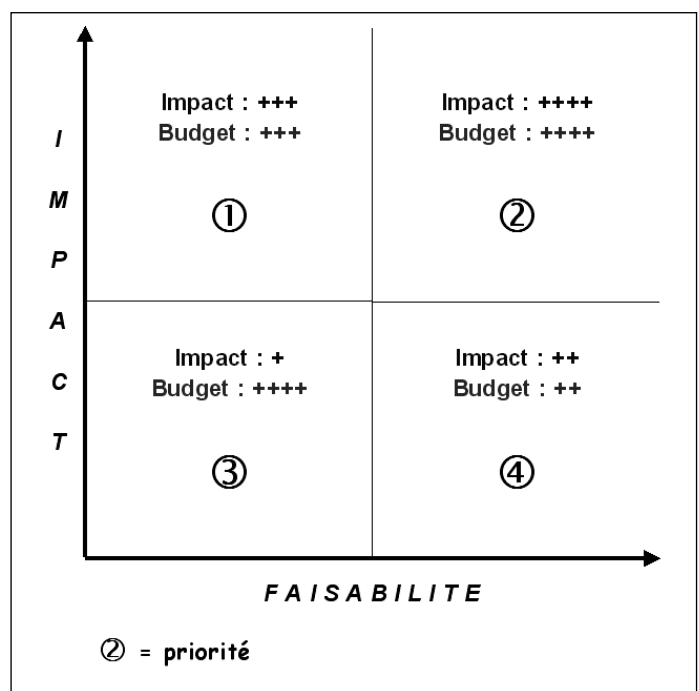
La **grille de faisabilité** prend intègre les critères suivants :

- degré d'avancement
- opportunité
- surcoût de fonctionnement
- surcoût d'investissement
- délai de mise en œuvre
- complexité de mise en œuvre.

C H S Albert Bousquet projet d'établissement 2005/2010			
Fiche projet n° 251 ateliers thérapeutiques document de travail établi le 29/09/04			
Grille d'impact			
	poids	note	Total
Amélioration de la qualité des soins	7	2	14
Amélioration de l'accessibilité aux soins	6	2	12
Réponse à la politique de santé	6	1	6
Amélioration des conditions de travail	4	2	8
Developpement de la culture d'entreprise	2	1	2
Total	25		42
Grille de faisabilité			
	poids	note	total
Degré d'avancement	5	1	5
Opportunité	4	2	8
Surcoût fonctionnement	3	3	9
Surcoût investissement	3	2	6
Délai de mise en œuvre	6	2	12
complexité de mise en œuvre	4	3	12
Total	25		52

Chaque critère reçoit une note de 1 à 3. La note totale de chacune des grilles est la somme des notes de chaque critère multipliée par son coefficient de pondération. Ainsi chaque fiche projet se voit attribuer une note sur 75 en impact et en faisabilité. Ces fiches-projet ainsi quantifiées sont positionnées sur un graphique.

Grille d'impact et de faisabilité



Plusieurs cas de figure :

- Les fiches-projet ayant obtenues un score élevé en impact et en faisabilité se trouvent placer dans le quadrant supérieur droit ; elles sont prioritaires et sont inscrites pour la plupart, au budget primitif 2005.
- Les fiches-projet positionnées dans le quadrant supérieur gauche ont un impact fort dans l'amélioration de la qualité des soins et l'accessibilité aux soins ; les projets qu'elles portent ont un surcoût financier relativement important.
- La réalisation des fiches projet regroupées dans le quadrant inférieur droit est relativement peu onéreuse mais l'impact sur les soins reste faible.
- Les fiches-projet positionnées dans le quadrant inférieur gauche ne sont pas prioritaires car les projets présentés sont coûteux et ont relativement peu d'impact sur l'amélioration de la qualité des soins.

L'exercice 2005 représente en réalité un exercice intermédiaire ; le calendrier institutionnel n'ayant pas permis de faire valider ledit projet d'établissement avant la campagne budgétaire. Néanmoins, la cohérence des projets demeure. Le principe d'évolution du projet repose sur un calendrier prévisionnel, donc nécessairement glissant.

4. Présentation générale

4.1 La Nouvelle Calédonie

4.1.1 Géographie et population

La Nouvelle Calédonie est composée d'une île principale et d'une multitude d'îles de tailles très variées. L'arrête montagneuse qui sépare la grande terre, du nord au sud, crée des conditions de circulation difficile malgré un réseau routier de bonne qualité (transversale Koné-Tiwaka).

Les liaisons avec les îles Loyauté, en particulier, se font par voie maritime et par voie aérienne, seule cette dernière permet une liaison dans des conditions de délais raisonnables. Les coûts de déplacement et les contraintes horaires ne facilitent pas la continuité territoriale.

La population est évaluée en 2004 à 230 789 habitants. La densité ne dépasse pas en moyenne 12,8 habitants au km² mais ce chiffre n'est guère significatif, car la répartition géographique de la population est très contrastée.

Le grand Nouméa, constitué des communes de Nouméa, Dumbéa, Mont Dore et Païta, a une densité d'environ 100 habitants au km² pour une population estimée à 146 245 habitants ; la seule ville de Nouméa a une densité de population de l'ordre de 1500 habitants au km² pour une population estimée à 100 000 habitants. De même, à l'intérieur des provinces la population est inégalement répartie :

- la province Sud couvre environ 7 000 km² et regroupe 71 % de la population,
- la province Nord couvre environ 9580 km² et accueille 19 % de la population,
- la province des îles avec 1 980 km² regroupe 10 % de la population.

Pourtant, devant cette situation, le service public hospitalier se doit d'assurer un égal accès aux soins pour tous. A cet égard les coûts engendrés par la délocalisation peuvent apparaître disproportionnés au regard de l'importance numérique de la population concernée.

4.1.2 Evolution statutaire

La loi organique du 19 mars 1999 organise le statut de la Nouvelle Calédonie pour une période de 15 ans, elle prévoit notamment la répartition des compétences entre l'Etat français, la Nouvelle Calédonie et les Provinces :

- le système judiciaire et pénal relève de la compétence de l'Etat,
- la Nouvelle Calédonie reste compétente de façon exclusive dans le domaine de la santé.
- les Provinces sont compétentes dans le dispositif social et médico-social.

En matière de santé mentale, la frontière entre le médical et le médico-social est relative, si bien qu'il est parfois difficile d'identifier certains partenaires ou même parfois certaines sources de financement. Par ailleurs, au sein du gouvernement de Nouvelle-Calédonie, un membre est chargé de la santé et du handicap, un autre anime et contrôle le secteur des affaires sociales et de la solidarité.

Une telle « balkanisation » des responsabilités et des compétences apparaît parfois comme un handicap pour organiser un réseau efficace sur l'ensemble du territoire. Le dispositif néo-calédonien de santé mentale intéresse peu ou prou quatre niveaux de collectivités (l'Etat, la Nouvelle Calédonie, les provinces, les communes) alors qu'il est géré à titre principal par un seul établissement public autonome. La multiplicité des interlocuteurs ne peut qu'induire des problèmes de coordination et d'articulation.

4.1.3 Le contexte local

4.1.3.1 Le contexte légal

Aujourd'hui, le CHS Albert Bousquet se réfère à un cadre réglementaire particulier, original par rapport aux textes métropolitains en vigueur, ainsi :

- le décret du 30 Décembre 1936 relatif à l'assistance psychiatrique en Nouvelle Calédonie,
- la délibération modifiée n° 50 du 29 Décembre 1989 relative à la création, l'organisation et au fonctionnement de l'établissement public dénommé CHS Albert Bousquet.

Une brève analyse s'impose.

1°) L'hospitalisation des malades mentaux est régie par un décret de 1936 qui s'inspire des modalités classiques d'hospitalisation telles que prévues par la loi du 30 juin 1938.

Il a semblé souhaitable d'adapter certains aspects de ce texte avec les dispositions de la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur condition d'hospitalisation. Pourtant, le décret de 1936 offre un cadre d'actualité en répondant aux soucis du législateur d'intégrer les prises en charge globale des maladies mentales dans la

communauté sociale en garantissant les libertés publiques. De plus certaines dispositions de la loi 1990 ont démontré leurs limites (ex : double certificat exigé pour une hospitalisation à la demande d'un tiers).

2°) Les dispositions de la réforme hospitalière (loi n° 91-748 du 31 Juillet 1991) gagneraient à être appliquées dans tous les établissements publics hospitaliers du Territoire.

En effet, certaines dispositions relatives au fonctionnement interne (création d'un service infirmier, d'un conseil de service...) et aux missions de l'hôpital public (prise en compte des aspects psychologiques du patient, développement des alternatives à l'hospitalisation, évaluation des soins...) sont de nature à pouvoir être étendues à l'ensemble des trois hôpitaux. Un projet de texte existe mais il semble qu'il ne soit pas d'actualité.

Une réflexion est menée parallèlement sur la solvabilisation du handicap et sur les ressources économiques au bénéfice des handicapés. La réinsertion n'a de sens que si le patient handicapé dispose soit d'une garantie de ressources soit d'allocations suffisantes (allocation logement, allocation aux adultes handicapés...).

4.1.3.2 Le contexte réglementaire

En 2004 la Nouvelle Calédonie n'avait pas de schéma ni de santé mentale encore moins gérontologique. L'importante croissance de sa population, sa dispersion géographique, l'abord culturel pluriel du sujet, les différents types de pathologies rencontrées et les insuffisantes des prises en charge sont autant de facteurs qui militaient donc pour l'élaboration d'idées directrices.

Tout schéma de santé mentale s'intéresse plus au malade qu'à la maladie ou aux structures de l'offre. Il nécessite une approche du contexte social, économique et culturel. Il met en exergue des lignes de force, servant de guide général à l'action, à la fois politiques (au sens de l'organisation de la cité) et techniques. Elles ne peuvent que partir du bilan de l'existant pour répondre à une question simple : que faire, en un temps donné, pour répondre au mieux, avec des moyens définis à l'avance, aux besoins de la population ?

Ainsi, ce schéma de santé mentale est, à bien des égards, multi-factoriel et, en conséquence, multi-professionnel. Il intéresse en Nouvelle-Calédonie tous les niveaux de décision, du haut-commissaire au centre hospitalier spécialisé, en passant par le gouvernement, les Provinces et les principales agglomérations.

Il n'y a pas en Nouvelle-Calédonie de sectorisation sanitaire au sens métropolitain du terme. Ainsi, pour ce qui concerne la psychiatrie, le dispositif de soins repose sur le CHS Albert Bousquet qui couvre un territoire grand comme deux fois la superficie de la Corse dont la prise en charge nécessiterait en France trois secteurs de psychiatrie générale et une fois et demi un secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

En matière de planification sanitaire, il convient de se référer à la délibération n° 171 du 25 janvier 2001 relative à la carte sanitaire et aux schémas d'organisation sanitaire, ainsi qu'à son arrêté d'application du 30 août 2001.

La carte sanitaire et le schéma territorial d'organisation

sanitaire ont pour objet de prévoir les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. A cette fin, la carte sanitaire détermine la nature et l'importance des installations et activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population ; le schéma fixant les objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire.

La santé mentale est un sujet omniprésent, qui, lorsqu'on analyse finement la cause des dépenses de santé, se retrouve très souvent, tant en diagnostic principal, qu'en diagnostic secondaire chez les patients. Les inégalités de ressources, d'accès aux soins, les difficultés de formations du personnel, de rémunérations des prises en charge, jouent également en ce domaine.

L'élaboration, la mise en application d'idées cadres diminueront la méconnaissance voire l'ignorance du sujet technique « santé mentale », sans oublier la stigmatisation dans le champ des représentations culturelles ou, au contraire, la sur valorisation par la peur. Autant de comportements et d'idées reçues qui se caractérisent souvent par le rejet du patient. Il faut donc explicitement reconnaître l'existence de cette spécificité médicale qu'est la santé mentale et y apporter localement une certaine médiatisation.

4.1.3.3 Le contexte médical

La Nouvelle Calédonie compte 6 médecins psychiatres exerçant dans le privé, tous installés sur Nouméa et le grand Nouméa.

En ce qui concerne l'hospitalisation dans les cliniques privées, aucun des trois établissements n'a de capacité d'hospitalisation réservée à la psychiatrie. Elle se fait au coup par coup dans ces structures sous réserve que la pathologie en cause ne soit pas trop lourde, dans le cas contraire, le patient est adressé à un médecin psychiatre du service public en vue de son admission au CHS Albert Bousquet.

La Nouvelle-Calédonie connaît actuellement une transition épidémiologique qui fait suite aux évolutions démographiques et économiques.

Les conséquences pour le CHS Albert Bousquet seront à terme :

- un vieillissement de la population, toutes les prévisions s'accordant sur l'augmentation prévisible de la prévalence des états démentiels (Alzheimer et autres démences)
- une augmentation des pathologies psychiatriques, la plupart des études épidémiologiques évaluant la prévalence sur un an des troubles mentaux à 15% de la population qu'il s'agisse d'enfants, d'adolescent, d'adultes ou de personnes âgées.

4.1.3.4 Le contexte social

Le partenariat avec tous les établissements sanitaires et médico-sociaux est un préalable à toute action de développement des soins et des prises en charge en matière de santé mentale.

Pour le médico-social la faiblesse des structures actuelles, en nombre de professionnels qualifiés et en manque de soutien aux aidants, n'exclut pas la perspective d'une montée en charge dans ce domaine. Ainsi chaque type d'action envi-

sagée devra alors, nécessairement, s'inscrire en réseau et en coordination avec le CHS pour prise en charge globale et systématique du thème « santé mentale ».

Dans le domaine social il existe aujourd'hui quelques structures d'accueil, mais en nombre insuffisant qui n'ont pas vocation à couvrir l'ensemble des besoins de la population.

4.2 Le CHS Albert Bousquet

4.2.1. Historique de l'établissement

L'hôpital du Marais (1868) est la première structure hospitalière de Nouvelle-Calédonie qui accueille dès l'origine les transportés puis les aliénés (1879). Après l'arrêt de l'envoi des condamnés (1898), elle devient un établissement mixte d'assistance publique destiné aux infirmes, aux vieillards indigents et aux aliénés (1927).

L'« asile » de Nouville naît officiellement en 1936.

En décembre 1941, on lui adjoint une annexe de l'hôpital de Nouméa ainsi qu'un camp d'internement (théâtre de l'île) destinée à recevoir les ressortissants japonais.

Réorganisé en 1944, l'asile garde cependant ses deux fonctions principales, d'une part un établissement mixte d'assistance publique, d'autre part un centre de dépôt et de discipline.

En 1952, il devient l'hospice de Nouville. On y crée un quartier spécial affecté aux malades atteints d'affections mentales.

1960 voit la rénovation des locaux accueillant les personnes âgées.

1962, le docteur Caillard propose la transformation de l'hospice en hôpital psychiatrique polyvalent.

1975, création du dispensaire d'hygiène mental (DHM), rue Paul Doumer. Cette structure à une vocation extrahospitalière de consultations et de visites à domicile pour les enfants et les adultes résidant sur l'ensemble du territoire. Son fonctionnement est indépendant de celui de l'hôpital psychiatrique. Le DHM est géré par la direction territoriale des affaires sanitaires et sociales (DTASS).

1978, l'établissement prend le nom de centre hospitalier spécialisé. Jusqu'en 1988, son organisation s'inspire du service de santé des armées avec un médecin directeur militaire et un gestionnaire dépendant de la direction de la santé et l'hygiène publique puis de la direction territoriale des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle Calédonie (DTASS).

1990, création d'un établissement public hospitalier autonome : le centre hospitalier spécialisé Albert Bousquet.

4.2.2 Le CHS Albert Bousquet aujourd'hui ?

C'est un établissement public autonome depuis le 1^{er} janvier 1990.

Le CHS regroupe trois services médicaux :

La psychiatrie générale

(chef de service : Dr Lehéricy Jean-Luc),

- 108 lits d'hospitalisation complète, répartis sur 3 unités :
 - unité fermée pavillon 5 (27 lits)
 - unité d'admission ouverte pavillon 7 (21 lits)

- unité de long séjour pavillons 3-2-4 (60 lits)
- 53 places d'hospitalisation à temps partiel :
 - 25 places en hôpital de jour
 - 14 places en atelier thérapeutique
 - 4 places en hôpital de nuit
 - 6 places par convention à la RAPSA (Réinsertion aux anciens prisonniers dans une société plus accueillante).
 - 5 places ATTP au CMP Galliéni.
- des centres de consultations :
 - un centre médico-psychologique (rue Galliéni)
 - deux antennes inter sectorielles en province Nord (Poindimié et Koumac) et une antenne à orientation pédopsychiatrique en province des Iles (Wé),
 - des consultations décentralisées à Païta, la Foa, Bourail, île des Pins,
 - des missions de psychiatrie générale en province Iles

La pédopsychiatrie

(chef de service : Dr Calandreau Bruno),

- 25 places en hospitalisation partielle
 - 15 places en hôpital de jour
 - 10 places en activité à temps partiel
- des centres de consultations
 - un centre médico-psychologique (rue Gervolino),
 - des consultations décentralisées à Kaméré,
 - des missions en province Iles (un psychologue clinicien est actuellement basé à Lifou),
 - un centre d'accueil et de soins pour adolescents (rue Dezarnaulds).

Le centre de gérontologie clinique

(chef de service : Dr Carrissimo Georges-Olivier)

- 76 lits d'hospitalisation complète, répartis sur 3 pavillons (pavillons 8-9-10) : une unité de réadaptation, une unité d'Alzheimer et une unité de soins illimités.
- une consultation d'évaluation mémoire.

4.3 Les objectifs

Le projet d'établissement du CHS Albert Bousquet s'est fixé quatre objectifs dont les définitions ont été élaborées par l'ensemble de l'encadrement réuni en séminaire managérial.

4.3.1 Améliorer la qualité des soins

Offrir des soins de qualité c'est, dans le respect de la dignité du patient, répondre de manière adaptée à ses besoins dans les dimensions préventive, curative, éducative, palliative, sociale en respectant les critères d'efficacité, d'efficience, de sécurité, de confort physique et psychologique.

Dès lors, le projet d'établissement intègre les mesures suivantes :

- développer les formations d'adaptation à l'emploi et la formation continue,
- consolider le réseau existant et l'élargir afin d'assurer en amont des actions de prévention efficaces et en aval une continuité des soins efficiente,
- offrir aux patients des conditions d'accueil et d'hébergement décentes et adaptées,

- diversifier et évaluer les modes de prises en charge afin de mieux répondre aux besoins de la population,
- adopter des démarches de soins ciblées sur des populations à risques en collaborant avec les partenaires concernés notamment dans le domaine de la petite enfance, de l'adolescence et des personnes âgées (maladie d'Alzheimer)
- mettre en place des outils modernes et efficaces d'information et de communication afin d'assurer la continuité des soins et la maintenance des matériels et des locaux,
- améliorer les conditions de travail de l'ensemble du personnel et la gestion des ressources humaines de l'hôpital,
- finaliser le règlement intérieur.

4.3.2 Faciliter l'accessibilité aux soins

C'est offrir au plus proche de la population un dispositif de soins adapté dans les meilleurs délais. Les mesures visant à atteindre cet objectif sont les suivantes :

- décentralisation du dispositif de soins dans les trois provinces,
- élargissement des horaires d'ouverture de certaines structures,
- augmentation du nombre de missions en Province Iles, dans l'attente de la création d'un CMP à Lifou,
- accroissement du nombre de visite à domicile (VAD) en provinces Sud et Nord,
- développement du travail en réseau et augmentation des interventions de proximité.

4.3.3 Favoriser la réinsertion en renforçant le partenariat médico-social

La psychiatrie de secteur développe un accueil, des soins diversifiés et de proximité afin de faciliter l'accès aux soins, mais aussi de les inscrire d'emblée dans le milieu de vie habituel des patients.

L'intervention à domicile, la prise en charge partenariale, l'implication dans des lieux non spécifiques de la psychiatrie, sont des modes de fonctionnement particulier au service public.

Ainsi, par cette originalité la psychiatrie s'intègre dans le dispositif sanitaire et social impliquant une meilleure acceptabilité, sinon de tolérance de la pathologie mentale. Les équipements et services diversifiés, implantés hors les murs et faciles d'accès pour les patients permettent le travail de lien avec la communauté.

Les services psychiatriques ont intégré dans les prises en charge la question de la continuité des soins, de la relation psychothérapique et la dimension sociale, gage d'une préoccupation permanente sur le devenir et l'itinéraire du patient. En outre, les équipes soignantes ayant pour mission de travailler sur les capacités et les incapacités des patients, développeront des soins de réadaptation et des activités socio thérapeutiques.

Ces actions devraient contribuer à répondre aux divers problèmes les plus souvent rencontrés par les patients :

- la dégradation des relations familiales et sociales,
- l'insuffisance des ressources financières,
- l'inaccessibilité au logement,
- l'emploi,
- le manque de formation professionnelle adaptée,
- l'enfermement dans un circuit en marge du réseau social.

D'un autre côté le risque de clivage entre sanitaire et social est grand. Le secteur sanitaire caractérise l'offre de soins susceptible de répondre aux besoins de santé des populations et n'a pas vocation de définir le rôle social des patients. A l'inverse, le social considère les institutions de base de la société en fonction desquelles se définissent les rôles et l'appartenance de chacun. Il recouvre l'action sociale et ses dispositifs.

Des projets de nature différente sont envisageables accès selon les cas sur le logement, le travail, les autres temps de la vie quotidienne, dans un rôle d'accompagnement individuel mais aussi inter institutionnel.

Le CHS Albert Bousquet a pris résolument le parti de s'impliquer dans un cadre exclusivement partenarial de l'action médico-sociale. Son expérience en la matière datant de 1995 entre le centre communal d'actions sociales de la ville de Nouméa, la direction provinciale des actions sanitaires et sociales de la province Sud, l'Etat et le secteur associatif, représente un atout.

Les actions suivantes permettraient d'atteindre cet objectif de re-socialisation :

- créer des solutions alternatives à l'hospitalisation, offrant des possibilités d'hébergement et de logement adaptés,
- mettre en place des rencontres avec les partenaires du monde politique, social, associatif, de la justice, de l'enseignement, de la santé pour concevoir ensemble des projets d'insertion,
- préparer avec le patient et son entourage sa réinsertion sociale et /ou professionnelle.

4.3.4 Valoriser le potentiel humain

Un acquis ; ce qui fait la valeur d'une entreprise ce ne sont pas uniquement les résultats enregistrés ou son équilibre financier, c'est avant tout la qualité de son personnel. Ceci est d'autant plus vrai que le CHS Albert Bousquet s'appuie presque exclusivement sur son capital humain pour assurer aux patients, des soins de qualité et des prestations logistiques sans faille. Il est donc essentiel que ce personnel soit qualifié et performant.

Dans le projet d'établissement les actions suivantes doivent permettre d'atteindre cet objectif :

- organiser des journées d'accueil pour les nouveaux personnels,
- initier des formations d'adaptation à l'emploi,
- assurer la promotion sociale,
- organiser la mobilité des personnels pour prévenir l'usure professionnelle,
- mettre en œuvre une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences,
- réaliser un livret d'accueil pour le personnel.

5. Les projets sur 5 ans

Par quelles réalisations concrètes le CHS prévoit-il d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixé dans le cadre de son projet d'établissement ?

5.1 Dans le domaine médical

5.1.1 En psychiatrie générale

Ce projet médical s'articule autour de deux axes : des créations nouvelles et un renforcement de l'existant.

A – les créations

Pôle admission :

- création de l'unité d'accueil et d'orientation des urgences (UAOUP) en collaboration avec le CHT (fiche 2.1.1.)
- construction d'une nouvelle unité d'admission libre (fiche 2.1.2.),
- construction d'une nouvelle unité d'admission fermée (fiche 2.1.3.)

Pôle médico-légal :

- aménagement d'une unité fermée pour les détenus psychotiques et les patients dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui (fiche 2.2.1.)

Pôle de réhabilitation psychosociale :

- déplacement, hors du site de Nouville, des ateliers thérapeutiques et élargissement du réseau existant vers le monde du travail (artisans, PME, institut de formation professionnelle...) (fiche 2.5.1.),
- création d'un centre d'accueil de nuit en partenariat avec la ville de Nouméa (fiche 2.5.2),
- mise en place d'alternatives à l'hospitalisation (appartements d'insertion, placements familiaux ...) (fiches 2.5.3. et 8.1.),
- mise en place d'une animation sociale (fiche 8.3),
- création d'une équipe de placement familial pour les services de psychiatrie générale et de pédopsychiatrie (fiche 8.1)

B – Le renforcement de l'existant

Pôle médico-légal

- Réorganisation de l'unité médico-psychologique pénitentiaire (fiche 2.2.2)

Pôle moyen et long séjour

- Réorganisation de l'unité de moyen et long séjour (fiche 2.3.1)
- Restructuration de l'unité d'accueil spécialisé (fiche 2.3.2)

Pôle extra hospitalier

- Réorganisation du centre médico-psychologique (fiche 2.6.1)
- Renforcement des centres médico-psychologiques de la province Nord (fiches 2.6.2 et 2.6.3)

Conclusion

Le projet d'établissement (2005-2010), premier projet approuvé pour un hôpital de Nouvelle-Calédonie, a représenté une aventure pour tout le personnel et une première dans la dynamique institutionnelle du centre hospitalier spécialisé Albert Bousquet.

- En premier lieu, par l'engagement remarqué de l'ensemble de ses acteurs s'inscrivant dans une démarche commune et interactive.
- En second lieu, par le réalisme des propositions, raisonnant à partir des ressources mobilisables et de l'expérience acquise notamment, sur le terrain depuis 1990.
- Enfin, par l'ambition de chacun de voir aboutir ces projets adaptés au contexte institutionnel, aux données de santé publique et aux réalités socio économiques de la Nouvelle-Calédonie.

Pour tous l'esquisse est donc tracée. Désormais, à chacun de la suivre en sauvegardant deux éléments essentiels : une nécessaire cohésion et complémentarité des compétences internes, ainsi que cette propension d'anticipation, d'innovation et d'évaluation.

En outre, ce projet d'établissement s'il peut proposer des ingrédients pour la réussite d'un projet commun basé sur l'expérience de chacun, sa mise œuvre reste propre et conjoncturelle. A l'instar d'Antonio Machado on pourrait affirmer :

« Marche, il n'y a pas de chemin,
le chemin se construit en marchant. »



Pascal Schindelholz

Humeur de soignants

La première tentation pour ce congrès, ce fut de présenter une communication basée sur mon bilan d'activité de cadre supérieur de santé.

Par jeu sémantique autour de l'humeur, il était facile de créer une partie recensant les difficultés inhérentes au travail particulier et spécifique en Polynésie française sous un intitulé de mauvaise humeur. Puis j'aurai pu parler ensuite des réussites sur le département, celles relatives à la collaboration entretenue avec Michel Roche, le médecin chef, mais aussi celles menées à titre personnel.

Et comme je n'ai pas à rougir de ces bilans, j'aurai évoqué la bonne humeur qui est la mienne.

Alors, le public ébloui, ébaubi et conquis se serait levé pour applaudir, mon narcissisme en eut été flatté et mon égo regonflé pour des années.

Enfin, peut être, peut être seulement, mais on peut rêver, comme le disait Freud...

Cependant, les racines de ma défunte formation d'infirmier de secteur psychiatrique sont venues me titiller le cortex, l'hippocampe et le réseau mésolimbique, capturant puis libérant quelques médiateurs chimiques et neurotransmetteurs, dont la culpabilité n'était pas évidente.

A moins que ce ne soit un gène qui refuse obstinément de se laisser tondre l'alène sur le dos

Et changement de cap.

Il m'est apparu que dans ce congrès, cette scientificité, la seule fenêtre qui s'ouvrait sur le monde du soin, sur la base était ce temps qui m'était accordé. Donc, je le saisis pour parler du vécu des soignants dans les services.

Si je devais qualifier le travail en unités de soins à travers le prisme polynésien dans une méta vision, je dirai que ce qui surprend à premier titre, c'est l'effet hyperbolique, l'effet miroir grossissant sur nombre de situations. J'ai choisi d'aborder ici le rapport au temps, à l'espace, à la violence et aux racines.

Cadre supérieur de santé

Département de psychiatrie – CHPf – Papeete-Tahiti

Le rapport au temps

Le rapport au temps de travail : les infirmiers et personnels de soins ne sont pas aux 35 h de jour, encore moins aux 32 h 30 de nuit. Théoriquement ils sont aux 39 heures. Mais théoriquement seulement, car de fait, ils travaillent dans un système de gardes en 12 heures par jour. Ils sont sensés faire une semaine 36 h, une semaine 48. Mais cela, c'est la théorie, car dans la réalité, étant en effectifs plus que réduits, il n'est pas rare de dépasser les 200, voire 220 heures en 4 semaines

On peut alors parler d'invasion de la vie personnelle et privée de ces soignants, car ce temps n'est jamais récupéré. Il est payé en heures supplémentaires. L'argent vient tout pervertir : travailler plus, c'est gagner plus ; travailler encore plus, c'est gagner encore plus. Avec en tout et pour tout 25 jours de congés annuels pour récupérer et décompresser.

Le rapport au temps du soin : il y a à disposition du soin en psychiatrie 64 lits et 3 chambres d'isolement pour toute la Polynésie, soit 250 000 habitants environ. C'est une course permanente contre la saturation du service et l'engorgement des lits si ce langage peut être appliqué au soin. D'où une impression quasi permanente de travailler dans l'urgence, de limiter le travail à la chimiothérapie et l'abrasion des symptômes. Ce temps tellement nécessaire au tissage de la relation soignant soigné, à la mise en confiance, ce temps de prise en charge de la psychose, maladie à durée indéterminée, qui a du mal à passer le carcan du PMSI, ce temps là est rogné, raboté, voire compressé ou aboli car il y a besoin de places pour d'autres malades.

Il y a donc déplacement important de la prise en charge sur l'extérieur avec le service des visites à domicile. Les soignants vont prendre le temps de voir, revoir les patients quelquefois si peu stabilisés, mais dehors. Des patients et leur famille avec qui ils vont tisser ce lien de confiance, mettre en place une relation thérapeutique qui ira bien au delà de l'injection du NAP mensuel. Un maintien du lien avec le soin réel et symbolique comme un palimpseste de « *fort-da* ».

« La sécurité de la présence, c'est la possibilité de l'absence, de l'absence de l'Autre et de l'absence à l'Autre¹ » disait Lacan dans son Séminaire sur l'angoisse.

Nous constatons que cette complémentarité intra et extra hospitalière fonctionne bien. Le tableau pourrait sembler plutôt noir ; il ne l'est pas tant que cela. Nous sommes bien loin, certes d'un paysage idyllique, mais dans ce sens là également, le prisme polynésien, c'est à dire la portance des familles, le cadre mis en place par la famille d'accueil, le « potentiel soignant du peuple » pour citer Lucien Bonnafé et le travail de VAD évitent nombre d'hospitalisations ou ré hospitalisations.

Le rapport à l'espace

Pour le plaisir, quelques chiffres et ordres de grandeur : Lorsque la plupart des secteurs métropolitains représentent une portion de département, voire un arrondissement dans les villes, notre « secteur » s'étend sur 4 700 000 kms², c'est à dire l'Europe sans la Russie, avec une surface de terres émergées de 4200 kms². Pour mettre des noms sur les îles connues, il va donc de Rapa, la plus au sud des Australes, à Nuku Hiva, au nord des Marquises, de Maupiti, la plus à l'ouest des Îles sous le vent habitées, à Mangareva, aux Gambiers, à l'est.

En superposant l'Europe et la Polynésie et en positionnant Tahiti dans la baie d'Arcachon, on aurait Rapa au sud de la Sardaigne, et Maupiti au nord du Portugal. Raivavae des Australes serait à Ibiza, Nuku Hiva entre Pologne et Suède dans la mer Baltique, et Mangareva en Albanie. C'est Takapoto aux Tuamotu qui serait sur Paris, Hao sur Vienne en Autriche et la tristement célèbre Mururoa voisine de Rome.

Sur Tahiti même, l'espace est certes plus confiné. Le tour de l'île fait 115 kms. Sauf qu'ici, on ne compte pas en kms mais en temps de parcours. Traverser Papeete, c'est quelquefois l'odyssée du Kon-Tiki. La distance ne signifie plus rien, les embouteillages abolissent cette notion.

A ce niveau là aussi, on peut dire que la Polynésie, c'est la démesure.

L'enjeu du département, c'est que ses soignants se fassent connaître, reconnaître et soient un recours possible pour l'ensemble des acteurs du soin : les médecins généralistes ou des hôpitaux locaux, les infirmiers en poste avancé, les auxiliaires de santé (ces personnels municipaux sans diplôme et si peu formés), et même pompiers, maires, forces de l'ordre de cet ensemble d'archipels. Pour ce faire, depuis cette année, un infirmier accompagne les médecins dans leurs missions de soins et de dépistage. Ensemble, ils vont en quelque sorte marquer le territoire afin que ces soignants isolés le soient un peu moins, se reforment un peu à la prise en charge des psychotiques, aux médicaments spécifiques, aux conduites à tenir, etc.

Le rapport à la violence

Il est une indifférenciation courante en psychiatrie entre le droit à la sûreté légitime pour les patients et le personnel et la dérive sécuritaire, fille aînée de la sacro-sainte prévention des complications, des plaintes et des aléas conflictuels-judiciaires.

La récente proposition de révision de la loi de 90 a fait des vagues jusque sur nos rivages. Nombre de soignants dont je fais partie ont au moins un temps travaillé en métropole dans un hôpital psychiatrique. Des affaires comme celles de Pau ont marqué les esprits et la violence fait partie de la symptomatologie possible des pathologies psychiatriques. Pour un soignant, cela est présent à l'esprit :

Je sais, nous savons, ils savent qu'ici comme dans n'importe quel autre service de psychiatrie, ce symptôme existe. Il prend toutefois une place que l'on peut difficilement envisager si l'on n'est pas dans les unités de soins. Non pas par sa fréquence : il n'y a somme toute que peu de véritable passage à l'acte hétéro-agressif envers les médecins, infirmiers ou même entre patients.

Mais lorsqu'elle fait jour, elle est magistrale.

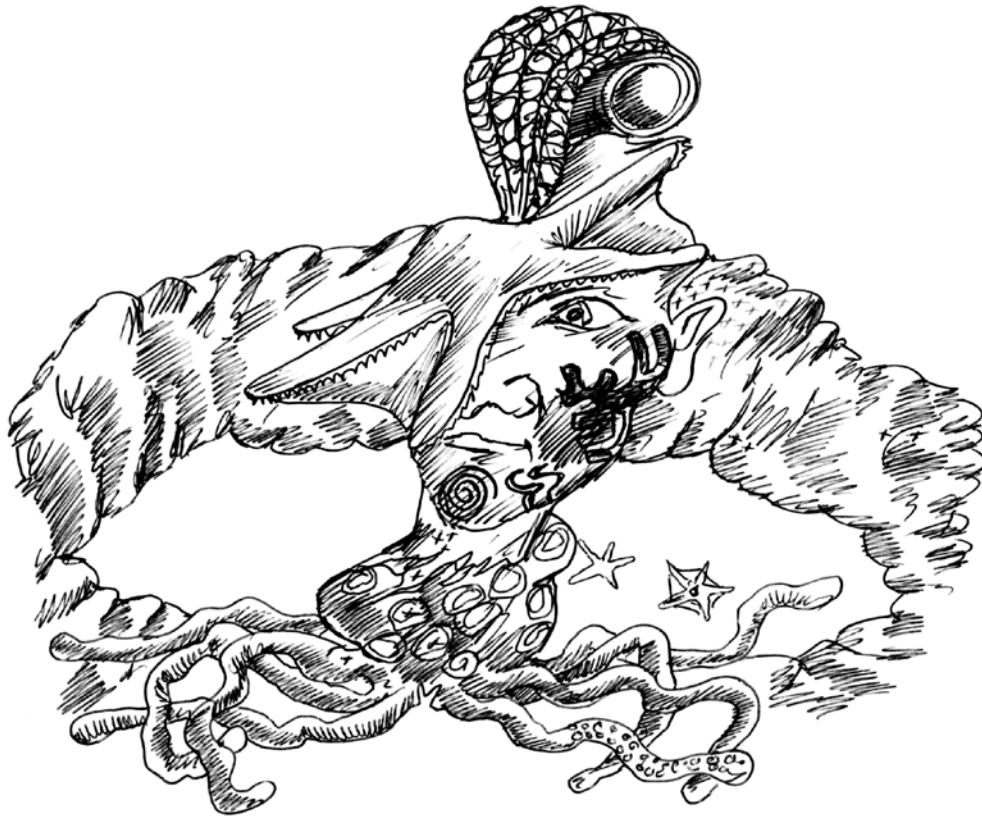
Dès son ouverture, le verre blindé, les barreaux de fenêtre, les portes de sécurité aux normes HP n'ont pas résisté, nécessitant quasiment des normes QHS. Il est arrivé que l'on fasse appel à une brigade de gendarmerie en renfort pour maîtriser une agitation, et les actes psychopathologiques entraînant une hospitalisation, en PO sont souvent interpellant par leur brutalité. Contrairement aux usages métropolitains, en cas d'agitation, le personnel de l'unité fermée ne peut compter que sur des renforts venant de l'unité ouverte, et réciproquement. Il n'y a pas d'UMD, pas d'UMAP, pas d'USIP pour évacuer un patient non gérable en unité de crise. Il arrive souvent que par défaut, par manque de places, des patients « limites » transatent², c'est le terme ici, en unité ouverte avec les difficultés que cela représente.

Alors comment assurer cette simple sûreté sans mettre les 2 pieds dans le sécuritaire ? Nous avons remis de l'humain et de la parole avec de la régulation d'équipe, favorisé la connaissance du travail de chacun par des mouvements réguliers de personnel pour apprendre à se respecter, éviter les clivages unité fermée, unité ouverte. Nous avons remis sur le métier de la connaissance l'ouvrage de formations adaptées, ciblées. Oui, bien sur.

Mais parce que cette spécificité, ces caractéristiques restent présentes à l'esprit, nous ne pouvons faire l'impasse sur des alarmes et des protocoles qui ne font pas que rassurer.

1. J. Lacan, séminaire L'Angoisse, séance du 5 décembre 1962.

2. Soient mutés



Le rapport aux racines

C'est aussi un des aspects prismatique du travail du soignant :

En premier lieu, la notion de famille. Pour le polynésien cette notion est polysémique. il s'en est longuement parlé pendant ces journées : famille biologique, famille faamu, famille d'accueil, famille élargie . le soignant se perd facilement dans de telles méandres pour faire un génogramme par exemple.

Puis le fenua, la terre locale, le pays sont ancrés au cœur de chacun. Parcourir ce pays, faire le tour de l'île, promener dans les vallées, aller sur une plage ne sont pas de simples activités occupationnelles, vont même au delà de l'activité thérapeutique, sont un véritable travail de resocialisation quasi métaphysique.

Des activités comme la pirogue : Depuis des siècles, le polynésien se déplace en pirogue. Dans toute famille, on voit son père, grand père, oncle, frère et même sœur maintenant pratiquer ce sport de génération en génération. Les soignants du service d'ergothérapie se sont investis de cette mission de monter sur la pirogue avec les patients comme pour ne pas rompre une chaîne.

Et enfin la langue, et elle est difficile cette langue lorsque l'on arrive de métropole. Le français que l'on oublie dans son délire, cette langue maohi qui réunit ou qui exclut, et cette difficulté à trouver des soignants qui la possèdent, la pratiquent. Elle est là, la gageure : former des infirmiers locaux, des aides soignants locaux, mais, (est ce aussi dans les racines ?) la profession semble peu attractive.

Conclusion

Tout le monde connaît la citation attribuée à Galilée alors qu'il venait de signer l'abjuration de sa théorie : « Et pourtant, elle tourne ! »

Il en est ainsi de notre psychiatrie en Polynésie française : malgré tout ce que l'on peut en dire, ou peut être grâce à tout ce que l'on peut en dire , elle tourne.

Comme sa cousine de métropole, elle se fait avec de l'humain. Cet humain survit. Il n'est pas encore écrasé par les procédures, Nouvelle gouvernance, protocoles, RUM³, T2A, Qualité, Accréditation, Compaq⁴, Icalin⁵ et autres réjouissances qu'impose au forceps une administration plus avide d'économie que de soins.

Nous ne savons plus vraiment si nous sommes dans le « soin psychiatrique » ou la « santé mentale », mais après tout, qu'importe. Il y a toujours des « patients », des « clients », des « usagers », appelons les comme on veut, qui ont besoin de nous. Il y a encore des professionnels pour penser, réfléchir, travailler. Psy-cause et sa jeune cousine Psy-cause Tahiti en sont un bel exemple.

Et tant que se fera la rencontre entre ces deux « pôles », tant qu'il y aura de la parole, du soin, de l'accompagnement, nous aurons au final, des raisons d'être de bonne humeur, tout au moins d'une humeur « suffisamment bonne ».

Merci

3. Résumé d'Unité Médicale

4. Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière.

5. Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales

HORIZONS

Comme lors de chaque parution, cette rubrique nous met en relation avec notre réseau de correspondants présents sur tous les continents. Cette fois-ci, le texte n'est pas écrit dans le pays mais au retour d'un séjour d'échange des pratiques entre des soignants du Centre Hospitalier de Montfavet, et les équipes de l'Hôpital Psychiatrique d'Assouan en Egypte.

Cet article s'inscrit dans le cadre de rencontres régulières depuis 2003. En novembre 2003, ce fut le premier congrès de Psy-Cause organisé à l'étranger, sous la forme d'un colloque itinérant d'Alexandrie à Assouan en passant par Le Caire. En mars 2005, se déroulait le congrès franco-égyptien de psychiatrie à Assouan suivi en septembre 2005 d'un séjour du médecin-directeur, le Docteur HABACHY, au Centre Hospitalier de Montfavet. En janvier 2007, quatre soignantes étaient invitées par le gouvernat d'Assouan pour le séjour d'échanges objet de cet article. Du 23 octobre au 2 novembre 200, un voyage d'étude ayant pour thème « Le deuil et la perte d'objet » reviendra à Assouan. Une journée entière de rencontre avec des professionnels de l'Hôpital d'Assouan permettra de travailler sur la prise en charge de la dépression aujourd'hui en Egypte. Les échanges avec Assouan et notre correspondant, le Docteur HABACHY, sont inscrits dans la durée. Il en est de même avec des pays de l'Afrique de l'Ouest comme le Bénin où nous organisons en partenariat avec l'Université de Parakou, un congrès en Février 2008.

Jean-Paul BOSSUAT



Une chambre de l'hôpital psychiatrique d'Assouan.



A. Rivet¹ J. Lejeune² G. Badoc¹ M. Gay²

Séjour d'échange des pratiques à l'hôpital psychiatrique d'Assouan

Des liens professionnels et d'amitié existent depuis de nombreuses années entre les Docteurs BOSSUAT et HABACHY EL GAMMAL, respectivement chef de service du Secteur 27 du Centre Hospitalier de Montfavet, et médecin-directeur de l'Hôpital Psychiatrique d'Assouan.

Les signes de cette entente sont nombreux. En mars 2005 un colloque de la revue *Psy-Cause* s'est déroulé à Assouan, et en septembre 2005, le Docteur HABACHY est venu un mois au Centre Hospitalier de Montfavet afin d'observer notre travail. C'est d'ailleurs en remerciement de ce séjour qu'il a proposé au Docteur BOSSUAT d'inviter, durant 10 jours, 4 membres de son service, deux infirmières et deux psychologues, à l'Hôpital Psychiatrique d'Assouan.

Ce voyage s'est inscrit dans cette dynamique d'échange entre les deux hôpitaux et avait pour objectif l'observation et la découverte des pratiques de soins égyptiennes, ainsi que la confrontation des expériences professionnelles.

I. L'hôpital

L'Hôpital Psychiatrique d'Assouan est un des 4 hôpitaux psychiatriques d'Égypte, les 3 autres étant situés dans la capitale, Le Caire. La distance entre Le Caire et Assouan est d'environ 1 000 km. Il couvre donc une zone géographique très étendue. Localement, il est situé à 20 km du centre ville d'Assouan, après le haut barrage du Lac Nasser. Ce barrage est gardé par l'armée, et il est impossible de le franchir après 17 heures, sauf autorisation spéciale du gouvernorat d'Assouan. L'hôpital se découpe en plusieurs structures : la partie dédiée à la psychiatrie est composée d'un bâtiment pour les hospitalisations, d'un centre primaire de santé, et d'un centre de consultation externe. Attendant à l'hôpital psychiatrique, l'hôpital des addictions accueille les patients pour des cures de sevrages.

1. L'hospitalisation

Les deux hôpitaux sont organisés selon le principe de la séparation hommes/femmes et aussi en fonction des revenus des patients : la « free-class » est gratuite et la « first class » payante est dotée d'équipement individuel plus confortable.

L'hôpital psychiatrique n'accueille pas de problématiques névrotiques qui sont orientées vers les cabinets ou cliniques privées. En revanche, y sont pris en charge les troubles psychiques graves, neurologiques et épileptiques. Les urgences psychiatriques n'y sont pas traitées, une unité spécialisée de l'hôpital général s'en charge et fait le relais. Il n'existe pas d'hospitalisations sous contrainte, les patients se présentent de leur propre chef.

L'hôpital des addictions fonctionne selon le même principe. N'y sont accueillis que les patients volontaires pour se sevrer de dépendance à l'alcool, aux médicaments ou aux drogues.

En « Free Class », le patient est hospitalisé avec un membre de sa famille qui s'occupe de l'hygiène corporelle et de l'administration des repas. De manière générale, se sont aussi les familles qui subviennent aux besoins financiers des patients. Le gouvernement assure les fonctionnaires et offre un système d'assurance maladie pour ceux qui travaillent, la personne reçoit un demi salaire en cas d'arrêt. En deuxième recours, les patients peuvent faire appel à des associations non-gouvernementales pour les plus pauvres. Le dernier recours étant la charité publique qui répond au devoir de miséricorde, un des 5 piliers de l'Islam, et notamment par le biais du voisinage. Outre la nécessité matérielle, l'orientation de la dynamique de soin sur le renforcement des liens familiaux est une volonté médicale affirmée. Ainsi, il est remarquable de constater qu'en Égypte le tissu social (famille, amis, voisinage...) est plus dense qu'en France et joue un rôle particulièrement étayant dans la prise en charge des patients.

En plus de son activité auprès des populations autochtones, l'hôpital accueille aussi des touristes étrangers qui décompensent au cours de leurs vacances. La majorité du temps, ces épisodes de crises sont dus à des ruptures de traitement. Cette activité permet aussi à l'hôpital de recueillir des fonds

1. Psychologues

2. Infirmières

Centre hospitalier de Montfavet

ou des dons de pays étrangers. Ainsi, l'année dernière l'Angleterre a financé l'installation de climatiseurs pour un étage « first class » de l'hôpital, afin d'améliorer les conditions d'hospitalisation de ses ressortissants.

Vignette clinique : Leslie, touriste anglaise

Le lendemain de notre arrivée, nous avons fait connaissance avec Leslie, une touriste d'origine turque, vivant à Londres, d'environ une vingtaine d'années. Elle était arrivée de Louxor en ambulance suite à un état d'agitation maniaque consécutif à une rupture de traitement. Elle se montrait très logorrhéique, angoissée et assez méfiante. Elle nous a interpellées en anglais, étant peut-être plus rassurée par des européennes qui parlaient un peu mieux sa langue que les infirmières égyptiennes.

Un matin, alors que nous sortions de notre appartement, une infirmière a interpellé l'une d'entre nous en lui demandant de l'aider à donner son traitement à Leslie, l'infirmière n'arrivant pas à lui faire prendre ses comprimés, le barrage de la langue compliquant largement la situation. Nous comprenons que Leslie voulait aller s'asseoir au soleil, dehors. Aussi nous avons pu négocier qu'elle irait dès qu'elle aurait avalé les cachets, ce qu'elle finit par faire sans trop discuter.

Au fil des jours, nous avons pu observer qu'une relation de confiance s'établissait entre Leslie et le personnel. Un soir nous l'avons trouvée se vernissant mutuellement les ongles avec les infirmières. Leslie coopérait de plus en plus facilement et prenait avec humour la façon de vivre dans ce pays étranger pour elle. A ses nombreuses demandes, les infirmières lui répondaient « Oui, Leslie, dans 5 minutes », et Leslie répondait non sans ironie « 5 minutes égyptiennes ou 5 minutes anglaises ? ».

2. La consultation

L'hôpital ouvre quotidiennement un centre de consultation médicale publique de 10 H à 13 H, sauf le vendredi et le samedi qui sont les jours de congés dans toute l'Égypte. En réalité, les patients sont reçus à n'importe quelle heure lorsque le médecin est présent. La majorité d'entre eux

viennent pour un renouvellement d'ordonnance : tous les 10 jours pour ceux qui vivent à Assouan, tous les 15 jours pour ceux qui viennent de plus loin, et tous les mois pour les patients chroniques stabilisés. La consultation coûte 1 livre égyptienne, c'est-à-dire 15 centimes d'Euro.

L'ordonnance est adaptée sous forme de dessin pour les patients illettrés et en raison des restrictions budgétaires, la prescription ne peut pas excéder 3 médicaments. Le médecin renouvelle aussi les ordonnances apportées par la famille lorsque le patient habite trop loin ou n'est pas suffisamment stable pour se déplacer lui-même. S'il s'agit d'injections, elles peuvent être faites soit directement à l'hôpital, soit dans un centre de santé ou encore à la pharmacie.

3. Les visites à domicile

Les visites à domicile sont le pilier du fonctionnement de l'hôpital. Elles ont une fonction importante de prévention des hospitalisations, ce qui explique le faible nombre de patients résidant à l'hôpital. Elles ont lieu le mercredi. Un infirmier de secteur, toujours le même, visite 35 à 40 patients et leur famille. Le rythme est très soutenu, l'infirmier distribue les médicaments et fait les injections. Les traitements les plus utilisés sont l'Haldol pour les injections, le Tégréto, la carbamazépine, le stéhasil (tryfluopérazine) et les vitamines B. Les patients ne payent pas les médicaments mais s'acquittent d'une participation d'une livre égyptienne pour la visite. Lorsque le patient est absent, c'est la famille, les voisins ou les commerçants du quartier qui réceptionnent le traitement, payent la consultation et discutent avec l'infirmier de l'état du patient.

Vignette clinique : une famille d'Assouan

Nous montons dans un appartement, situé dans le centre ville d'Assouan, et croisons l'infirmier qui en redescend déjà. La jeune patiente s'est repliée dans sa chambre. Dissimulée dans l'entrebâillement de la porte, nous l'apercevons habillée et voilée de noir, à la hâte, en réaction au passage de l'infirmier. Finalement, comme nous ne sommes plus qu'entre femmes, elle finit par nous rejoindre. Sa mère parle pour elle et il est difficile d'échanger avec cette jeune fille qui semble apeurée, isolée, mais très émue par notre présence trop brève.

Le médecin nous expliquera qu'il s'agit d'une patiente souffrant d'une sévère schizophrénie chronique. Dans cette « famille à risque », les trois enfants sont malades. La sœur et le frère vivent à l'extérieur et ce dernier, âgé de 41 ans, est marié et refuse tout traitement.

II. Les équipes soignantes

1. Infirmières

Le personnel infirmier est majoritairement féminin ; sur une vingtaine de soignants, il y a un cadre infirmier homme, deux infirmiers et dix-sept infirmières.



Les infirmières sont jeunes, dix-huit ans en moyenne ; à leur sortie de l'école à 18 ans en enseignement général, elles n'ont pas de formation spécifique en psychiatrie mais seulement une formation de base en hygiène et soins généraux. Pour l'approche relationnelle en psychiatrie, elles se forment par l'expérience et sont aidées en cela par le médecin assistant de l'hôpital, le Dr ZAHRAA, qui les encadre.

Le cadre infirmier a bénéficié de deux ans de formation à l'université du Caire, les deux infirmiers hommes ont des responsabilités plus étendues (visites à domicile par exemple).

Le travail est organisé en roulement (8 H – 15 H / 15 H – 22 H / 22 H – 8 H) et en équipes mixtes de 1 ou 2 infirmiers par section (sections : hommes – femmes – Free et First Class).

Six infirmières viennent du delta de l'Egypte (à plus de 1 000 km d'Assouan) pour un an afin de renforcer l'équipe et d'aider les hôpitaux en manque de personnel. Elles sont nourries et logées par l'hôpital.

Le salaire mensuel est compris entre 100 et 150 livres égyptiennes (soit 15 à 25 €) pour des fonctions qui s'articulent essentiellement autour des soins de base : prises de T.A., pouls, T°, distribution des médicaments, pansements, toilettes (aidées par la famille, et accompagnées d'un soignant masculin pour les toilettes aux hommes). Les infirmières plus expérimentées assistent les médecins pendant les consultations externes, remettent les renouvellements d'ordonnance aux patients avec les traitements.

Malgré leur formation très basique et leur manque d'expériences en psychiatrie, ces jeunes infirmières pratiquent une véritable psychiatrie institutionnelle dans un climat serein où elles dispensent leur joie de vivre et leur grande disponibilité.

2. Les médecins, psychologues, assistantes sociales

Les deux hôpitaux (psychiatriques et des addictions) sont dotés de 2 médecins qui ne travaillent qu'à mi-temps. Le Dr HABACHY, médecin-directeur, est à l'hôpital le matin et consulte dans sa clinique (terme utilisé pour désigner le cabinet privé en Egypte) l'après-midi. Le Dr ZAHRAA, médecin assistante, doit ouvrir sa clinique au centre ville d'Assouan dans un mois, après l'obtention de son diplôme de spécialiste. Elle a fait ses études au Caire. A l'hôpital, elle travaille 4 nuits par semaine de 20 H à 13 H, et est joignable 24 H/24 pour les urgences. L'équipe attend l'arrivée prochaine d'un nouveau médecin.

Actuellement, l'état égyptien mène une enquête auprès des médecins pour évaluer le salaire correspondant à un travail à temps plein à l'hôpital. En effet, au vu du faible salaire des médecins hospitaliers, l'Egypte manque cruellement de médecins. Ces derniers partent exercer à l'étranger, notamment en Arabie Saoudite où leurs salaires sont très largement supérieurs.

A l'hôpital d'Assouan, il n'y a pas de psychologue, ni d'assistante sociale. Le Directeur du gouvernorat des affaires

sanitaires d'Assouan espère que la visite d'équipes étrangères soutiendra le financement de l'état pour la formation et l'embauche de personnel spécialisé. Il y aurait une université qui forme des psychologues à Assouan, mais sans spécialité clinique et l'état n'a pas les moyens de les embaucher malgré la demande médicale.

III. La dynamique de soin

1. Les données épidémiologiques

Selon les autorités médicales locales, la région d'Assouan est en proie à une crise épidémiologique en ce qui concerne les pathologies psychiatriques. En effet, dans cette zone géographique, le taux de personnes schizophrènes serait multiplié par 3 par rapport au taux moyen observable dans le reste du monde. Le Docteur HABACHY explique que ces troubles sont liés à la consanguinité et particulièrement observables chez les populations nubiennes qui veulent protéger leur identité et donc se marient entre eux. Les nombreux troubles épileptiques seraient aussi les corollaires de cette pratique.

2. L'évolution des pratiques soignantes

L'Hôpital Psychiatrique d'Assouan est paradigmatique de la modernisation des pratiques soignantes observables aujourd'hui en Egypte. « L'Infection Control Program » est représentatif de cette évolution vers des normes de soins plus proche de ce que l'on observe en occident. Il s'agit d'un plan national sur 5 ans, de 2007 à 2012, en rapport avec l'amélioration des bâtiments, des équipements et surtout de l'hygiène.

L'équipe responsable de la mise en place de ce programme au sein de l'Hôpital Psychiatrique d'Assouan est composée : Du médecin assistant, du cadre infirmier et d'un infirmier responsable de l'hygiène et de la qualité des services qui fournit un rapport journalier.

Un cahier des charges très élaboré détaille tous les protocoles (ex : lavage des mains, protection pour le personnel, matériel à usage unique, chariot de soins, poubelles pour déchets contaminés, vaccination contre l'hépatite, hygiène des sols...). La formation est théorique mais surtout pratique avec des exercices répétés afin que le personnel assimile les directives. La formation des responsables se fait sur Assouan avec déplacement des formateurs du Caire, à raison d'une semaine de cours pour 3 semaines d'application, en tout il y a 4 sessions avec un examen final.

L'Egypte a fait un saut dans la prévention de l'hygiène, tous les mois, le ministère évalue la mise en place et le respect du plan (dernière évaluation = 65 %) et tous les 2 mois, les responsables de l'hygiène déterminent les projets pour les 2 mois à venir et remplissent des formulaires très détaillés pour répondre à la procédure.

Tout le personnel de l'Hôpital Psychiatrique d'Assouan tente de s'appuyer sur l'ensemble de ces dossiers théoriques mais concrètement se heurte à des moyens beaucoup plus archaïques. Cependant, des changements sont actuellement

en cours : réfection totale de la cuisine, de la buanderie, pour répondre aux normes exigées.

Conclusion

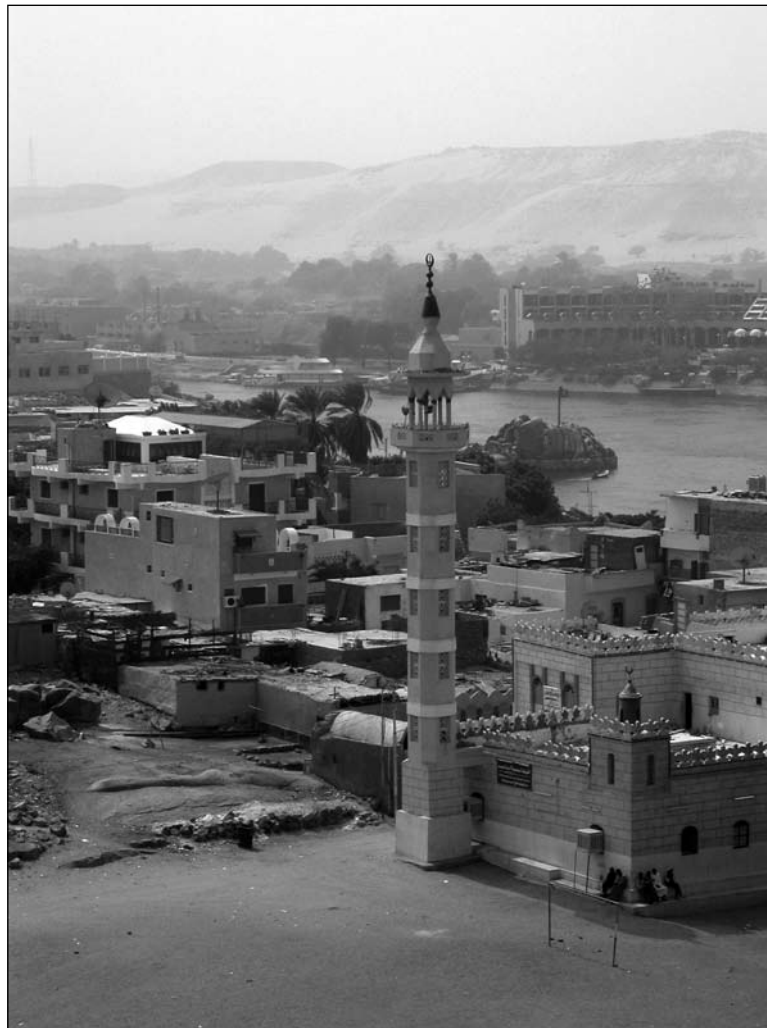
Aujourd'hui, l'Hôpital Psychiatrique d'Assouan est en pleine modernisation avec la mise en conformité des bâtiments et leur aménagement selon des normes d'hygiène de plus en plus importantes. Avec ses changements l'hôpital espère ainsi pouvoir augmenter la qualité de ses prestations afin de recevoir plus de patients payants (« first class »), ce qui améliorerait la qualité de ses finances

Au delà de l'aspect matériel, les difficultés sont concentrées autour de la formation du personnel infirmier et du manque de personnel spécialisé (psychologues, assistantes sociales...), et nous espérons, suite à la demande formulée par le Docteur ZAHRAA, que nous pourrions très prochainement retourner à l'Hôpital d'Assouan afin d'y dispenser

des formations aux infirmiers, notamment autour de ce qui fait défaut dans leur cursus de base : la clinique relationnelle et la psychopathologie.

Mais déjà, des relations entre nos deux hôpitaux ont fait prendre conscience au Gouvernorat d'Assouan de l'insalubrité des locaux et des difficultés de fonctionnement de l'hôpital psychiatrique. Ces relations ont permis que le Gouvernorat investisse dans l'amélioration des conditions d'hospitalisation.

Au cours de notre séjour, nous avons bénéficié d'un climat accueillant et chaleureux de la part de toute la communauté hospitalière : notre immersion complète dans la vie de l'hôpital nous a permis d'observer les liens entre patients, soignants et familles, qui vivent tous au même rythme dans un esprit communautaire, empreint de joie de vivre et de détente... Nous avons eu l'impression très forte que la psychiatrie égyptienne faisait de la psychothérapie institutionnelle sans le savoir.



Assouan.

OPINIONS

Cette rubrique « Opinions » est un espace d'expression libre qui n'engage que les auteurs.

Le texte ici présenté est la réflexion d'un jeune retraité venu récemment s'installer en Provence, en compagnie de son épouse psychiatre et psychanalyste qui a ouvert un cabinet à l'Isle sur la Sorgue dans le Vaucluse. Jean-Jacques Lottin, Docteur en géographie humaine et germaniste, est un chercheur dans le domaine des sciences humaines. Conjuguant l'étude de la société des humains avec un fort engagement citoyen, il est devenu un spécialiste en politique de santé. Proche de Tony Lainé, il fut de 1974 à 1995 Directeur d'étude de santé publique au Conseil régional du Nord - Pas de Calais. En 1995, il créa la maison régionale de promotion de la santé du Nord – Pas de Calais. Il la dirigea pendant une dizaine d'années.

Très sensibilisé à la psychiatrie et à la psychanalyse dont il a une solide connaissance, il nous propose un regard perçant sur les dangers d'un discours plus idéologique que scientifique, voire obscurantiste, sorte d'invasion barbare : l'evidence based medicine (EBM). Ce texte sans concession dénonce les errements de personnalités de tous bords politiques avec des mots assez durs pour des hommes de gauche qu'il qualifie de chevaux de Troie de l'EBM. Ce texte est très actuel et non sans écho avec les enjeux politiques de ce printemps 2007. Il ne peut qu'alimenter la réflexion de nos lecteurs.

Jean-Paul Bossuat



Jean-Jacques Lottin

Ami lecteur, ceci est un pamphlet.

Pour en finir avec «les invasions barbares» infantilisantes de l'evidence-based medicine (EBM)

(cette pratique fondée sur des preuves soi-disant scientifiques)

Avec l'aide des Américains eux-mêmes

Pour la réhabilitation de la clinique du sujet :
la patient-based psychiatry ?

car « *On ne peut jamais rien prouver* ». Jacques DERRIDA.

Comme le rappelle Hanna ARENDT (Les origines du totalitarisme), la médecine fondée sur des preuves scientifiques a été inventée par le Reich nazi fasciné par les théories positivistes des Taine, Renan, Comte, exacerbées par Gobineau, Rostand et Carrel. Ensuite, par les théories eugénistes (stérilisation des malades mentaux) et racistes du mouvement fasciste américain, emmené par Henry FORD, dont la photo décorait le bureau de Hitler...

Cela devrait suffire pour l'expulser, à la manière d'un noyau pervers, de notre champ de pensée et de pratique.

Reprise récemment par le monde anglo-saxon, cette idéologie scientiste et technologique néoconservatrice de l'ère néolibérale est maintenant connue en France : la Loi du 13 août 2004 réformant la santé publique, l'Académie de médecine, l'INSERM et ses calamiteux rapports, la triste autoproclamée Haute Autorité en Santé qui succède à l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en santé), qui masque sa totale incompétence sanitaire derrière la novlangue gestionnaire, la Direction générale de la santé, l'Assurance maladie, les Observatoires régionaux de la santé, qui ont perdu leur autonomie, les formations de l'École Nationale de Santé Publique de Rennes, et celles de nos universités, la vénérable Société Française de Santé Publique, pourtant défenseur jadis de la promotion de la santé en approche communautaire, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé), les directeurs d'hôpitaux, et même (hélas) l'ex-indépendante revue Prescrire, tous sont désormais totalement soumis, contaminés par cette MÉTHODE fondée sur la statistique, le déterminisme biologique et comportemental, qui démolit tout une civilisation, et porte gravement atteinte à notre Kulturarbeit

Ancien directeur des études de santé (Région Nord-Pas de Calais).
L'Isle-sur-la-Sorgue, Vaucluse.

Elle renaît (born again) en 1980 dans un Canada victime du « complexe de Zélig », puis devient officielle aux USA et dans tout le cône sous domination idéologique anglo-américaine, destinée à l'origine, et en toute innocence, à SIMPLIFIER l'enseignement de la médecine devenu trop « complexe » pour les esprits post-modernes pragmatiques...

Aujourd'hui, cette méthode binaire, ahistorique, lourdement dogmatique et sous-développée (qui fabrique en trois ans des techniciens es-guides et référentiels à appliquer à la lettre), est une épidémie mondiale encore sans vaccin.

Rappel : mais qu'est-ce que l'EBM ?

Ressuscitée dans l'université privée baptiste McMaster d'Hamilton (Toronto) financée par des géants pharmaceutiques (Pfizer et Astra-Zeneca) et du tabac (sic), l'EBM est une **méthode** pédagogique conçue comme une démarche explicite de recherche, d'évaluation et d'utilisation des preuves disponibles pour résoudre une question clinique.

Elle suit quatre étapes : formulation du problème médical, recherche dans la littérature et les statistiques des articles les plus pertinents et des « meilleures » preuves dont on fait la méta-analyse, évaluation de leur « niveau » de validité et de l'applicabilité des conclusions pratiques, enfin, intégration des données trouvées dans la réponse thérapeutique sous forme de référentiels et de protocoles : cet ensemble est baptisé médecine factuelle ou rationnelle. Il donne une caution scientiste aux nouvelles croyances du tout-quantifiable, et rejoint curieusement les principes de la vieille école empirique française du XIX^e siècle, après avoir subi le filtre pragmatiste calviniste. (KIERKEGAARD méprisait les « vérités factuelles », tueuses du subjectif et de toute métaphysique).

« *L'obscurantisme est de retour. Mais cette fois-ci, nous avons affaire à des gens qui se recommandent de la rai-*



son », (BOURDIEU), car la santé, sous la forme OMS du mot-d'ordre de bien-être démocratique obligatoire pour tous (porte ouverte à tous les mouvements sectaires et de coachs) « n'est pas un concept scientifique, c'est un concept vulgaire » (CANGUILHEM, *Écrits sur la médecine*, 2002) et injonctif : l'hygiène est redevenue une norme morale du néolibéralisme comme en Prusse autrefois, et pourtant « *Sanity, is not statistical* » écrivait Einstein...

Enfin, FREUD en 1937, dans « Analyse avec fin et analyse sans fin » remarquait que soigner est l'un des métiers impossibles au sens où on ne peut pas penser en produire une écriture scientifique qui permettrait de le maîtriser et d'en prévoir les effets, tandis que HEIDEGGER affirmait que « *la science ne pense pas...* »

Question : pourquoi la médecine, et pourquoi pas une evidence-based economy, ou une E.B. sociology, alors qu'il existe un « Centre pour une politique publique fondée sur la science » (sic) au Maryland, financé par Exxon ? Quels sont les enjeux de la médecine ? L'EBM est-il un symptôme du passage français au néolibéralisme et à une conception totalitaire de la santé ?

Il subsiste un « mystère » : comment et pourquoi cette approche idéologique scientiste-positiviste inspirée du modèle de l'École française de médecine expérimentale de Claude Bernard (qui fut altéré ensuite par les anti-Lumières déterministes Taine, Renan et par le positivisme de Comte, ouvrant la voie aux préfascistes Rostand et Carrel et à l'eugénisme, cette radicalisation de l'hygiénisme), a pu aussi rapidement et brutalement (ré)envahir le champ de la santé française que l'OMS, en 1998, classait pourtant « meilleur système mondial de prestation de soins » ?

Comme si la place culturelle était vide, dans le même temps où la psychiatrie subissait les assauts parallèles des DSM et autres thérapies cognitivo-comportementales, issues de la même matrice (Matrix) scientiste au sang triste, et bien que « *l'EBM soit quelque chose en fin de compte qui ne compte pas* »...(Slavoj ZIZEK. *La subjectivité à venir*. 2006), mais que tout le monde adopte sans débat, comme par enreli-

giquement, car toute idéologie scientifique est mue par un « **besoin inconscient d'accès direct à la totalité** », cette antichambre du totalitarisme pour Arendt.

Et si cette exception française enviée avait fait honte à un moment où les gouvernements de gauche cherchaient (on ne sait pourquoi) à donner des gages aux anglophones : car MM Kouchner, ministre, (dont les vagues-hésitations politiques sont courantes...) Dab et Abenhaïm, directeurs généraux de la santé, Kervasdoué et Johannet, conseillers, Chambaud, président de la SFSP, voire Roelandt-Piel et leur rapport calamiteux, ces coachs de notre santé publique étaient tous « socialistes » quand ils sont devenus les chevaux de Troie de cette idéologie importée, contradictoire dans ses valeurs avec la nôtre, et ont donc aidé à tuer le modèle clinique français (en particulier en psychiatrie) dans la foulée providentielle des Lois Juppé.

Complexe d'Érostrate, nouvelle croyance ou soumission idéologique à la manière du syndrome de Stockholm qui transforme les otages en alliés zélés de ce faux modernisme ?

Dans *Le Monde* du 19/04/2007, Jacques TESTARD propose l'hypothèse : « *c'est une des pesanteurs de la social-démocratie que de fonctionner avec le même moteur libéral et le même carburant scientiste que le capitalisme, mais sans avoir ni le goût, ni l'audace d'assumer les exclusions* ».

Dans le même temps, leur confrère Allègre – l'homme qui ne doute jamais – détruisait le système universitaire de recherche (ça vaut pour le champ de la psychopathologie, mais aussi pour l'école et le collège, pareillement soumis à l'impérialisme positiviste) par le cadrage évaluatif obsessionnel mis en place par la DRED (Direction de la Recherche et des Études Doctorales) sur le modèle d'une foi aveugle et non élaborable dans le scientisme et la technologie que J. TESTARD appelle « *la fascination de la gauche pour la technoscience* », et que J.C. GUILLEBAUD (*Le Principe d'humanité*. Seuil 2004) raille :

« *A force d'arrogance la science est devenue dogmatique. C'est ce que GRAMSCI appelait la superstition scientiste,*



laquelle conduit tout droit au fondamentalisme. Et ce n'est pas un hasard si nombre d'islamistes se recrutent parmi les jeunes scientifiques »... qui mettent à mal le bel axiome de Kant : « Il n'y a pas de doute que toute notre connaissance procède de l'expérience » (et pas de la croyance aveuglée par une idéologie).

Pourquoi cette conversion tardive et zélée à cette contre-réforme d'une extrême violence, et pas seulement symbolique, et d'un grand mépris face aux compétences cliniques accumulées et discréditées : « L'Amérique n'a même plus besoin d'être dominatrice. Elle est devenue pour nous irréfutable, c'est-à-dire, intérieure » (Régis DEBRAY. Les Cahiers de médiologie. 2006).

Vers une médecine marchandisée protocolisée et code-barrée ?

Ces « Invasions barbares », pour reprendre le titre du beau film de Denys ARCAND qui symbolise la fin de l'exception québécoise face au rouleau compresseur américain, ont littéralement et naturellement coulé de source, et n'ont pas rencontré beaucoup d'opposition en France, puisqu'il y est partout proclamé par le MEDEF, et repris en chœur par les médias unanimes, la rengaine tautologique « il faut réformer, puisque c'est nécessaire pour moderniser et rattraper les retards » etc.

Cette scholastique patronale a fait tache d'huile et développé la biopolitique bureaucratique et révizorienne du contrôle social de la santé par le biopouvoir d'État comme FOUCAULT ne l'aurait pas imaginé, à coup de formations-formatages, de procédures et de protocoles (1000 sont programmés par la HAS), de recommandations de plus en plus souvent opposables et sanctionnables, de menace et de PEUR, de gestion mortifère, d'évaluations maniaques jusqu'au délire paranoïaque, de guidelines et guides de bonnes pratiques et conduites, de statistiques, de tests et questionnaires qu'on stocke dans les toolboxes pour

parler moderne, de courbes de Gauss, d'impérialisme de la moyenne statistique et de calculs de probabilité (« ces nouvelles figures surmoïques du destin » pour R. GORI), de bilans, de listes, de codage, de fichage, de classements et de « grilles », élaborées par la monarchie des zexperts, qui REMPLACENT le diagnostic différentiel en voie de disparition. Et surtout la clinique.

De précaution en garanties, de « preuves prouvées » scientifiquement, en groupes homogènes de patients (et de praticiens mis en concurrence, stimulés à la prime au rendement, infantilisés et licenciés), d'habilitations et accréditations, d'expertises « indépendantes », de démarche qualité (vla un autre fétiche) en nouvelle gouvernance et en réforme de l'hôpitalentreprise bientôt côté en bourse, dans lequel le malade (devenu usager, ou usagé ?) sera l'INTRUS, en tout cas la variable d'ajustement ; de transmission ciblée en dossier « partagé », et de démolition de la psychiatrie santématalisée, en invalidation de la psychanalyse parce qu'inévaluable, et en multiples autres forfaits et assauts perpétrés par ces thanathocrates, nous finissons par atteindre cet Ordre Nouveau médical que Jean OURY dénonce depuis 1960... et que R. GORI détaille dans sa « Santé totalitaire » (Denoël 2006).

Contre l'intelligence collective et la culture, voilà un fichu malaise dans la civilisation destiné à REMPLACER l'intuition, la prise de risque, le doute, le colloque singulier et la bonne vieille anamnèse, bref, à fabriquer enfin une médecine et une psychiatrie scientifiques, sans inconscient et sans transfert, avec des médecins soumis à la démarche-qualité, et à l'évaluation humiliante de leurs « compétences » professionnelles, sans tiers et sans dialectique, devenus comptables : car selon l'ex DGS W. Dab « Tout ce qui n'est pas évaluable n'est ni scientifique, ni éthique (sic) », mais : « Tout ce qui peut se compter ne compte pas, tout ce qui compte ne peut pas se compter » lui répond EINSTEIN.

Et Franck CHAUMON conclut (Psychanalyse : vers une mise en ordre. 2006) « Chacun convient que l'idée même de remplacer l'art de la politique par le projet d'une ma-

thématique du social caractérise la bureaucratie, voire le totalitarisme ».

NB : d'où vient ce mot protocole qui envahit tout ? Du grec 'protokollon' – collé avant, certificat – qui passera dans le latin 'protocollum', avant de connaître ses lettres de noblesse (sic) en portugais dès 1330, pendant la « sainte » Inquisition contre les Juifs, sous la forme du PROTOCOLO DE LIMPEZA (preuve de pureté) document sauf-conduit (un certificat de baptême du « saint »-Office) prouvant que le porteur n'est souillé à aucun degré par du sang juif impur. On comprend que ce terme plaira aux hygiénistes, car il appartient déjà historiquement à l'eugénisme. Protocole sera ensuite utilisé par les tsars puis les nazis pour apporter la PREUVE que les Juifs veulent conquérir le monde avec « Les protocoles des sages de Sion », et sera la base « théorique » de *Mein Kampf*. Regrettons que le très droitier gouvernement polonais ponde cette délirante « Loi de lustration » (rituelle) anticommuniste, qui exige un « certificat de pureté politique » de ses responsables. De l'antisémitisme à l'anticommunisme, les moyens sont les mêmes. Les homosexuels et les avorteuses suivent...

Voilà bien un de ces nouveaux paradigmes kleenex dont notre époque fait grande consommation, qui nous dessaisit de notre histoire, de notre pensée complexe et de nos mentalités, au profit de cette grossière idéologie gestionnaire « moderne » du mot d'ordre, tueuse du désir et de l'hétérogène, réactionnaire et régressive, provoquant un changement radical dans la nature même du lien social, en voie d'accréditation-accrétination à marche forcée, sans tiers, dans une « pensée » ahistorique et désymbolisée.

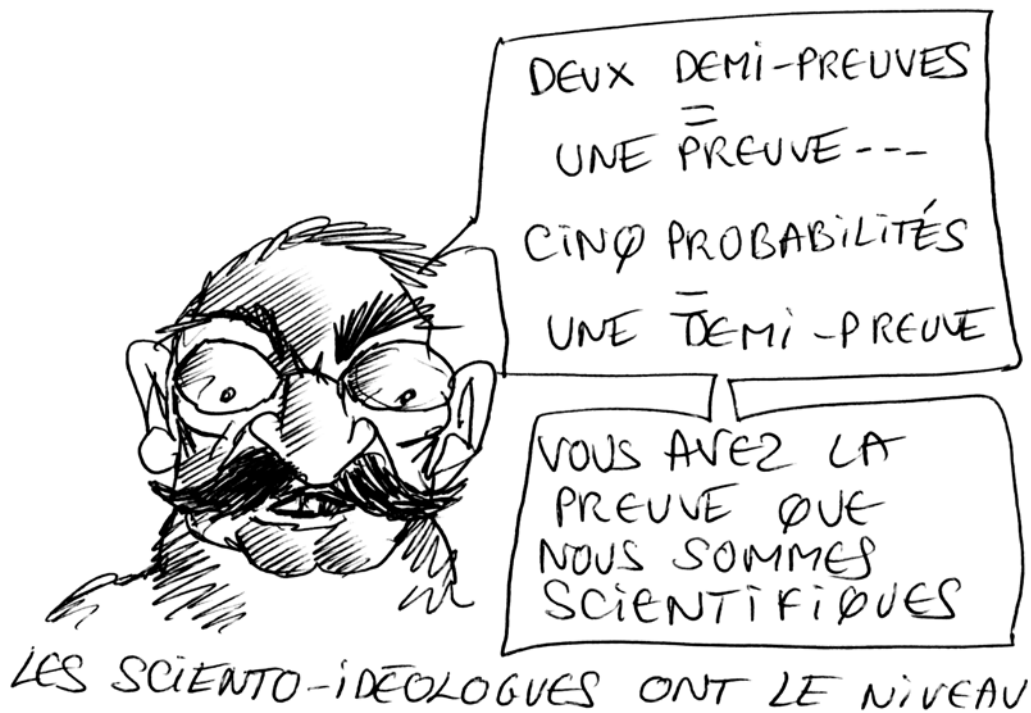
L'EBM est la quintessence du concept, cet « incorporel » de Deleuze, parce que « le scientisme repose essentiellement sur le désaveu de la fonction du signifiant », GORI (Synapse, sept. 2005).

Et Pierre VIDAL-NAQUET (Un Eichmann de papier. La Découverte 2005) exprime une éthique radicale face à ces formes de révisionnisme sectaire : « Le débat (avec le porteur de ces valeurs) est exclu, parce que son mode d'argumentation – ce que j'appelle son utilisation de la preuve non ontologique – rend la discussion inutile. Je procède comme avec le sophiste, un homme qui ressemble à celui qui dit le vrai, et dont il faut démonter pièce à pièce les arguments pour en démasquer les faux-semblant. Il faut comprendre non seulement le comment du mensonge, mais aussi le pourquoi ».

Les dégâts sont très importants : l'irréversibilité est-elle atteinte, et peut-on encore refouler ce modèle épidémique mortifère avant que la jeune génération dite pragmatique (a-t-elle un autre choix ?) en ait fait son *shibboleth* et soit définitivement américanisée, scientifique-based (ou « biased », selon le witz du regretté ZARIFIAN), convaincue de force qu'est scientifique tout ce qui peut se mesurer.

Aujourd'hui, nous assistons à la fétichisation de la preuve, au cœur de tous les raisonnements, dans un matérialisme vulgaire, soubassement d'une pensée primaire opératoire fondée sur le factuel et le (sur)déterminisme : un nouvel anti-humanisme qui oppose le cerveau à l'inconscient, la (ré)action à la pensée.

Et pourtant, « La vérité est dans la contradiction », Jean JAURÈS.



Rien de tel qu'un sottisier pour en faire le tour, et sourire malgré tout

Et d'abord le célèbre sophisme de l'inénarrable RUMSFELD sur les armes de l'Irak : « *Ce n'est pas parce qu'on n'a pas la preuve que quelque chose existe, qu'on a la preuve qu'elle n'existe pas* »... (Comme pour Dieu).

Ariel SHARON « *C'est aux Palestiniens de prouver qu'ils veulent la paix* ».

Au sujet de la plainte contre une exposition d'art contemporain à Bordeaux : « *L'enquête peine à prouver le caractère pornographique des œuvres : cette procédure ne repose en effet sur aucune preuve du litige* ».

De L. ARMSTRONG, douteux vainqueur de sept tours de France : « *Lors d'un arbitrage fédéral à Dallas, j'ai prouvé que je n'avais jamais utilisé de produits dopants* ».

Ségolène ROYAL (souvent) : « *Je veux faire l'Europe par la preuve* » (?).

Y. FERROUL, le Monde du 19/12/06 : « *Il n'y a aucun article dans toute la littérature mondiale (sic) apportant la preuve qu'une méthode psychanalytique ait guéri quiconque* ».

« *Le Dalaï Lama proclame à Washington devant le congrès sur les neurosciences convoqué par Bush, sa foi dans la science : si elle prouve que certaines croyances du bouddhisme sont fausses, alors le bouddhisme les changera* ». Le Monde du 12/11/05.

La Cour d'Appel de Rome le 11/08/2005, rejugeant Paolo Persichetti extradé lâchement de France : « *Il n'y a jusqu'à présent aucun signe prouvant qu'il a assumé publiquement des positions de dissociation de la lutte armée* ».

La margarine PRO-ACTIV : une efficacité scientifiquement prouvée.

Philip ROTH dans « Le complot contre l'Amérique » cite Henry FORD : « *Je sais qui est cause de la guerre. Ce sont les banquiers judéo-allemands. J'en ai la preuve, je vous parle de faits* ». Il s'inspire alors du pamphlet « Les protocoles des sages de Sion » où l'on voit à quoi peuvent aussi servir les protocoles...

J. HOLMES, ambassadeur britannique à Paris reproche au Monde, le 9/07/03 : (authentique) « *Vous ne disposez pas de preuves prouvant que Blair avait menti sur l'existence de preuves prouvant la culpabilité irakienne...* »

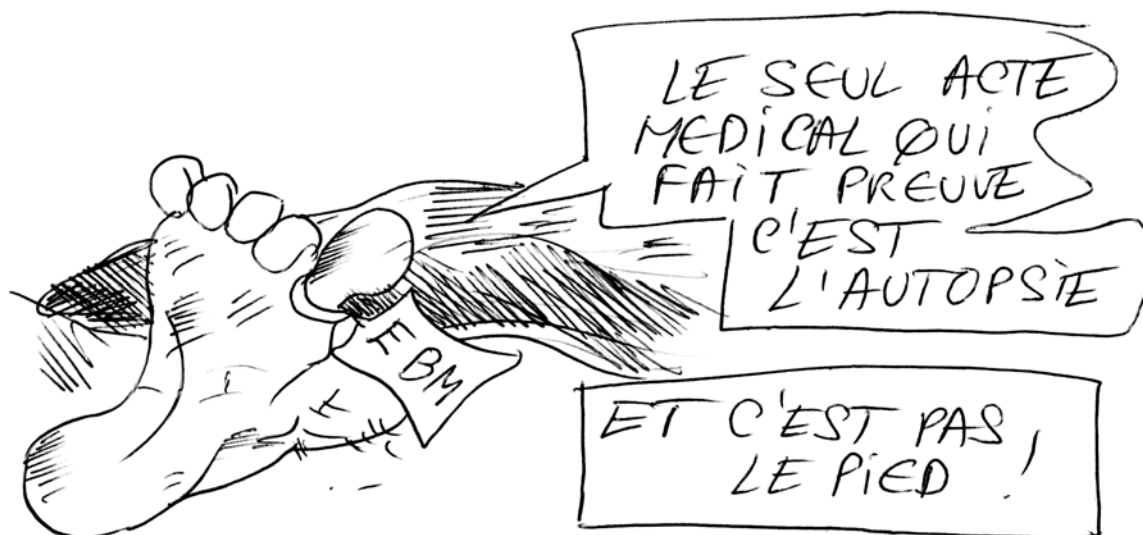
The American Heart Journal étudiant le bénéfico-risque de la prière dans le traitement des maladies cardiaques : « *Ces pratiques n'ont pas jusqu'ici fait la preuve scientifique de leur efficacité* ».

Et puis cette perversion de la pensée scientifique qui la calque sur le modèle juridique : « *Il appartient aux opposants aux OGM d'apporter la preuve que ces produits sont dangereux. Il faut faire CONFIANCE à la science et à la recherche* ». Pr Debray (TGV Magazine, oct. 2006). Une confiance aveugle, comme la foi ?

Et la réponse de José BOVÉ : « *Nous demandons l'inversion de la charge de la preuve : c'est à celui qui veut mettre quelque chose sur le marché de montrer que son produit n'apporte aucun risque* ».

Outre la plasticité opératoire de ce concept-valise utilisé à toutes les sauces pour faire valider n'importe quoi, il faut remarquer que sa faiblesse sémantique et épistémologique l'oblige à devoir s'accompagner d'un adjectif qualificatif tautologique, comme « *preuves probantes* », ou « *preuves vérifiées* », ou « *valides* », parfois même preuve « *évidente* »





(apodictique), ce qui est guère scientifique, et paradoxal pour une méthode qui se présente comme s'imposant d'elle-même, s'énonçant toute seule, comme la vérité axiologique de la chose, ce qui permet de la présenter comme non négociable, sanctuarisée.

La preuve (délibérément confondue avec la probabilité) donne souvent lieu au mensonge ou au traficotage : les revues médicales anglophones de littérature grise à comité de lecture, ou à facteur d'impact contrôlé (le fétichisme de l'Impact Factor, but suprême de tout chercheur français) sont imposées comme bibles médicales mondiales, et puisent leur références « certifiées » dans le vatican EBM de la Cochrane Collection d'Oxford, exclusivement financée par Astra-Zeneca.

Mais elles perdent actuellement de leur crédibilité, car elles en usent fréquemment, ou sont abusées par les cooptations quand elles publient (*New England Journal* et *Science*) les révélations de Hwang Woo-suk qui aurait cloné un humain : dans ce cas, elles ne se distinguent plus guère de l'Église de scientologie ou des simagrées de RAEL.

La revue *The Lancet* (fleuron du groupe ELSEVIER, aujourd'hui EBMisé) publie en 2006 les résultats de l'enquête truquée du Dr Jon Sudbo sur le cancer de la bouche. En octobre 2005, *Nature* révèle les conflits d'intérêts entre ses rédacteurs et les laboratoires pharmaceutiques, regrette d'être financée par les marchands de canons... et s'excuse pour les bricolages dans l'article sur les cellules souches. Enfin, *PLOS Medicine* révèle que trois essais cliniques sur quatre menés à l'initiative de l'industrie recourent à des « nègres » pour les rédiger : l'article conclut : « *Lorsqu'ils sont financés par les industriels, les articles scientifiques ont jusqu'à huit fois plus de CHANCE d'être favorables aux intérêts de leurs sponsors* »...

A qui se fier quand la clinique s'estompe derrière la statistique tronquée ?

Tout ceci s'écrit au nom de l'EBM, cette médecine par la preuve qui pousse à en fabriquer de fausses, ou des études partielles, édulcorées, dont les effets secondaires sont neu-

tralisés, parce qu'il y va du seul intérêt des laboratoires, comme le furent les fausses preuves de la culpabilité de Dreyfus, révélées par JAURÈS.

Article du Monde du 17-12-06 : Le New-York Time rapporte que les laboratoires Lilly ont pendant dix ans volontairement minoré les effets secondaires du psychotrope ZYPREXA qui a déclenché beaucoup de diabète. Les guides de bonne pratique mentent. Au mieux, ils biaisent.

Le ministre français de la santé vient **pourtant** d'autoriser le 25-12-06 les laboratoires à suivre les patients chez eux par des Programmes d'aide à l'observance « *pour que les patients prennent BIEN leurs médicaments* » disent-ils. Un scandale chasse l'autre. Fin du secret médical. Et très peu d'émotion. Dans le même temps, l'Europe OBLIGE la France à autoriser le Prozac aux mineurs...

Parfois, les guides de bonne pratique tuent : le Monde du 14-10-06 rapporte qu'un accident de radiothérapie au CH d'Épinal a fait un mort et treize irradiés en 2005, parce que le protocole en anglais a été mal appliqué par des personnels incompetents, insuffisamment formés et déqualifiés. L'on perçoit ici le risque principal que cèle l'EBM : ses boîtes à outils s'adressent de plus en plus à des auxiliaires sans formation clinique chargés d'appliquer A LA LETTRE des recommandations techniques. **L'EBM prépare la médecine déléguée sans médecins.**

Une enquête norvégienne de mai 2002 rapportée par Michel LECARPENTIER (dans *Psy-cause*), médecin directeur de la clinique de La Borde, dévoile qu'entre 1992 et 2002, le ratio de mortalité par suicide et accident a été multiplié par trois pour les hommes dans le système de soins psychiatriques. Des études danoises, suédoises et américaines confirment ce constat. Ce surcroît de mortalité est pour Lecarpentier « *l'effet de décisions étatiques prises au niveau mondial, rapportables à la rationalisation des soins après le premier choc pétrolier* ». Autrement dit, considérons que avons la preuve scientifique que la mondialisation de l'EBM tue. Nouvel eugénisme doux ?

Pour F. CHAUMON (Pour la psychanalyse. Pratiques de la folie 2006) : « *Nous avons affaire à une toile de fond en perpétuelle évaluation de ses propres rationalisations, d'une machinerie qui s'avance ouvertement en se parant d'un pragmatisme indiscutable, auquel personne ne croit sérieusement, et pourtant auquel tout le monde adhère* ».

Voilà l'acmé de l'aliénation à la manière de J. OURY.

Slavoj ZIZEK (La subjectivité à venir. Flammarion 2006) : « *Nous nous retrouvons aujourd'hui dans une situation radicalement clivée : le langage objectivé des experts et des scientifiques ne peut plus être traduit dans un langage commun accessible, à tous, mais on le retrouve sur le mode de formules FÉTICHISÉES que personne ne comprend vraiment, et qui façonne notre imaginaire* ».

Car, par l'EBM (où la preuve remplace la loi), la science privatisée par « *la monstruosité de la logique acéphale des procédures gestionnaires* » (CHAUMON), va vers un totalitarisme : elle est devenue apodictique, et ne souffre plus de discussion démocratique hors celle des zexperts cooptés avec leur inquiétante novlangue, et « *nous contraint à interroger les conditions de possibilité même du politique* » (CHAUMON).

L'EBM referme tragiquement la révolution ontologique cartésienne fondatrice de la disjonction entre le savoir et la vérité, entre la pensée et le factuel, qui avait ouvert la porte à la modernité. Cette méthode anti-Lumières non seulement nous ramène à la fin du XIX^e pour son approche médicale, mais également au XVII^e pour son approche philosophique... Voulue par des protestants, elle risque d'éliminer l'héritage de Luther... (Voir American parano. – pourquoi la vieille Amérique va perdre sa guerre contre le reste du monde. J.P. Immarigeon. 2006).

Après la sidération, une résistance se manifeste enfin

car, « *Quand quelques esprits sectaires proclament leur infaillibilité, subjuguent le grand nombre et l'attellent à leur destin pour le mener à la perfection... ainsi commencent les grands malheurs* », René CHAR, 1943.

FREUD ne serait-il pas le premier adversaire affiché de tout protocole positiviste, bien qu'il ait été lui-même formé par le mouvement positiviste ?

Des chercheurs et des praticiens en France, et dans la sphère anglo-américaine mettent en doute scientifique cette idéologie comme étant hasardeuse, inefficace, et dangereuse pour la clinique, alors qu'elle a été CONSACRÉE (c'est le lapsus utilisé sur le site de l'HAS, qui considère que « *ses avis ont un CARACTÈRE DÉFINITIF, et à ce titre ne peuvent faire l'objet d'un réexamen par une autre instance* ») par la loi du 13-08-04 comme méthode unique et officielle d'approche des questions médicales. Il s'agit clairement d'une bulle pontificale, irréfutable... Au secours, Lyssenko.

NB : Dans un laborieux et très primaire plaidoyer paru dans le Monde du 27-01- 2005, le patron de la Haute

autorité avec cette fausse candeur issue de son passage dans l'entreprise privée, titre : « *Nous devons nous demander comment REVENIR à LA science et au BON raisonnement* », et son naturel adialectique fait le reste : « *la réflexion scientifique doit s'ouvrir aux sciences sociales (chiche), voire économiques...le monde de la santé, le bon sens n'y existe plus... la philosophie (sic) de l'HAS est d'être TOTALEMENT indépendante (mais son CA compte un député UMP)... la question est de savoir COMMENT FAVORISER L'EBM dans la pratique quotidienne... notre rôle est d'essayer de rassurer le médecin en mettant à sa disposition le fruit de LA science, en l'incitant à l'auto-évaluation en fonction du 'gold standard' (sic) que nous pourrions lui proposer... nous ne sommes pas des gendarmes (dénégation), MAIS nous aurons les moyens de voir si NOS recommandations sont suivies* ».

Et tout d'abord la résistance du docteur Nicole DELÉPINE, oncopédiatre et bête noire depuis vingt ans de ses confrères de Villejuif qui lui reprochent de refuser de faire, des enfants qui lui sont confiés, des « groupes homogènes de malades » à qui on applique (bible EBM) des protocoles standardisés, randomisés en double aveugle, et multicentriques, avec placebo, excluant toute possibilité de consentement éclairé, car la cancérologie est en France la première discipline qui s'y est totalement enchaînée, même si ça bouge depuis.

Au contraire, N. Delépine considère que chaque enfant est une situation clinique et revendique l'application de traitements personnalisés. Injures, articles diffamatoires, refus de publier ses articles, procès qu'elle a gagnés, pressions pour fermer son service, extrême violence traduisent le désarroi des orthodoxes, pour qui le protocole EBM est un puissant anxiolytique, mais aussi la «garantie» que ces maudits assureurs continueront à couvrir leurs risques professionnels...

Madame DELÉPINE avec le soutien d'associations, et grâce à des guérisons avérées plus nombreuses qu'avec les protocoles magiques, a fini par gagner une certaine tranquillité professionnelle en quittant en 1998 l'hôpital Robert-Debré pour l'unité plus accueillante, portant haut le beau nom d'Avicenne, à Bobigny.

NB : La SAS (section des assurances sociales du Conseil de l'Ordre des médecins) de l'Orne a condamné le 14-10-2005 un médecin à 18 mois de suspension pour non respect d'une recommandation de l'ANAES sur la surveillance des cancers. Flicage efficace du biopouvoir relayé servilement par la sécu, et parfois par l'Ordre bien nommé. Comme l'affirmait le DGS de l'époque, W. Dab : « *C'est le plan cancer (imposé par Chirac) qui joue le rôle de modèle pour la santé publique* ».

Trois études scientifiques françaises sérieuses contribuent à éclairer de l'intérieur même de ce modèle, la vanité scientifique de l'EBM.

M. CUCHERAT (maître de conférences, service de biostatistiques des hôpitaux de Lyon) publiée dès janvier 2001 dans la Revue Médicale de l'Assurance Maladie, un article

intitulé « *Introduction à la médecine factuelle* » par lequel il pointe la difficulté à définir ce qu'est une « preuve fiable du bénéfice clinique d'un traitement », avec l'apparition de biais statistiques et de nombreux faux positifs qui peuvent être liés à des « intérêts en jeu » et vont jusqu'aux fausses preuves, et aux publications scientifiques douteuses. Enfin, l'approche probabiliste empêche de conclure à partir d'un individu, et oblige à considérer des groupes jamais homogènes, reposant sur des moyennes. Aujourd'hui, la sécu refuserait cette publication.

Jean-François FONCIN, directeur d'études à l'École Pratiques des Hautes Études publie en 2005 « *Evidence Based Medicine et recherche clinique en neurologie et psychiatrie* ».

Il y pointe la confusion entre preuve et probabilité qui marque le hiatus entre science et scientisme, s'étonne du jargon sur le « niveau » de preuve qui ne signifie rien, et considère que ce concept s'il est valide dans le champ juridique (témoignage), est étranger à la pensée scientifique. Enfin, il rappelle qu'une efficacité thérapeutique peut être affirmée à partir de l'examen d'un seul cas... Il réfute radicalement l'inhumanité absolue du double aveugle randomisé nécessaire à l'EBM, comme refusant au nom du hasard et de la nécessité à un patient qui l'ignore de recevoir la molécule active en laquelle il CROIT.

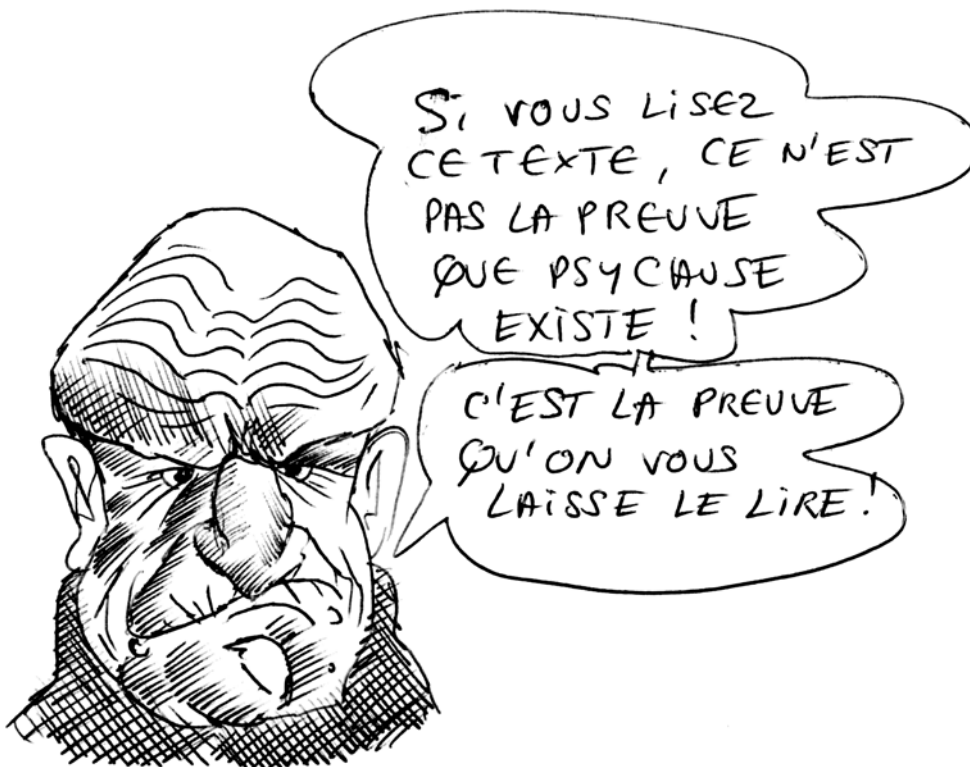
Pour FONCIN « *je crois avoir démontré que l'EBM ne se situe, dans sa pratique anglo-saxonne actuelle appliquée à la thérapeutique, ni sémantiquement, ni pratiquement dans le champ scientifique, mais qu'elle est un outil juridique* » destiné à se prémunir vis-à-vis des assureurs tout-puissants, par l'observance stricte des protocoles comme garanties négociées de tout risque thérapeutique.

Georges FISCHMAN, psychiatre des hôpitaux exerçant à Sainte-Anne publie dans les Annales médico-psychologiques, en octobre 2005, une réfutation intitulée *Évaluation des psychothérapies selon les principes de l'EBM*. Enjeux et scientificité du rapport de l'INSERM. Il considère ce rapport comme « *le paradigme des dérives possibles de l'application des critères de l'EBM* » : biais statistiques, partialité, orthodoxie, dogme préétabli, négligence de l'hétérogénéité, non représentativité, procédés tautologiques, sans objectivité scientifique, et tout à l'avenant.

En vrac, des prises de position qui se multiplient, en souhaitant qu'il ne soit pas trop tard :

Edouard ZARIFIAN dans Psycho-média de février 2005 : « *à propos du scientisme de la psychiatrie officielle aujourd'hui, à propos des revendications des thérapeutes et des chercheurs en thérapie cognitivo-comportementale, ils IMPOSENT comme référence l'EBM... en disant : ça au moins, c'est la seule référence possible. Or dans la presse de langue anglaise, on est en train de REVENIR très largement de ce concept... et on s'aperçoit que cette construction méthodologique ne correspond pas à la réalité des soins* ».

Gilles FORMET, psychiatre et psychanalyste en Vaucluse, lors du colloque de décembre 2005 à Paris sur Sexe et psychiatrie : « *Le miroir aux alouettes d'outre Atlantique a rapidement ébloui certains médecins en France. Cependant, cette méthode est critiquable scientifiquement... elle induit une suspicion de perversion marchande... laisse planer un doute sur l'objectivité de ce qu'il peut ressortir, car alors la vérité médicale est établie par les marchands dont le but est de vendre... abandonne la confiance en l'intelligence... pour remplacer tout ceci par une politique de codification et de contrôle... C'est une science conçue comme autorité* ».



Nicolas DURUZ, professeur de psychologie clinique à Lausanne (Le Monde- août 2005) : comment sortir de l'EBM en psychothérapie ? *« le modèle de l'EBM est contestable, il faut compléter les travaux existants par des études de cas bien documentées, des entretiens cliniques avec des patients et leurs thérapeutes au terme de la cure . De telles études commencent à être menées un peu partout dans le monde, mais trop timidement ».*

G. CANGUILHEM (La connaissance de la vie. Vrin 1985) : *« Or, comme il nous a semblé reconnaître dans la santé un pouvoir normatif de mettre en question des normes physiologiques usuelles par la recherche du débat entre le vivant et le milieu (recherche qui implique l'acceptation normale du risque de maladie), de même, il nous semble que la norme en matière de psychisme humain c'est la revendication et l'usage de la liberté comme pouvoir de révision des normes, revendication qui implique normalement le risque de folie ».*

En Italie, le docteur Sergio STAGNARO a publié un ouvrage « La médecine basée sur le patient singulier » aussitôt traduit en anglais « *Single-patient based medicine* » dans un but de lobbying, qui connaît un grand succès au point que même le très conservateur Commissaire européen à la santé, l'irlandais BYRNES en a fait son livre de chevet. Il a été référencé par PLOS Medicine, et par la National Library of Medicine de Washington.

Et l'Amérique ?

Il convient d'abord de remarquer que le pape philo-idéologique du néoconservatisme fait spectaculairement volte-face : FUKUYAMA en personne révisé sa « fin de l'histoire » qui serait plutôt la fin d'une certaine Amérique, en incapacité à reconnaître le réel, en aveuglement idéologique, et qu'il serait temps de laïciser.

Dans *La Lettre de Psychiatrie Française*, Nicole KOECHLIN a traduit une interview de Nancy ANDREASEN, célèbre professeur de psychiatrie et écrivain, donnée au New Scientist, qui pose un regard sans complaisance sur les errements des DSM (qu'elle a contribué à actualiser et réfute aujourd'hui) et de l'EBM, trop réducteur.

Nous devrions nous en inspirer pour modérer notre attraction pour le modèle américain. Elle ajoute : « *un jour, au XXI^e siècle, lorsque le génome et le cerveau humains auront été complètement cartographiés, peut-être sera-t-il nécessaire de mettre en place un plan Marshall inversé pour que les européens sauvent la science américaine* ». « *Il faut donc revenir au point fondamental que chaque individu malade dans sa singularité devrait constituer le centre de la pratique clinique. J'aime la psychiatrie, parce que c'est la seule spécialité qui mette l'accent sur la compréhension de l'individu humain dans le contexte singulier d'un environnement et d'une histoire personnelle* » (irréductible à un cas noyé dans une cohorte traité en double aveugle randomisé).

Il s'agit donc maintenant de réhabiliter la patient-based psychiatry. Un véritable pléonasm.

L'AFPEP-SNPP (Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé, et Syndicat National des Psychiatres Privés), soutenus par la Fédération Française de Psychiatrie, ont fait le pari d'être présents et actifs à l'Association Mondiale de Psychiatrie (WPA – 103 pays) jusqu'alors de stricte obédience américaine.

Un lobbying très subtil produit déjà des effets : les français ont été appelés à participer aux travaux préliminaires à la refonte des classifications dans un sens plus proche de la « clinique à la française » centrée sur le sujet.

Antoine BESSE (avec Yves THORET et Michel BOTBOL) y défend le retour mondial à la patient-based psychiatry avec des succès, sur la base d'une alliance avec les indiens, les africains, et des australiens. De plus en plus d'anglo-américains nous sollicitent, et des demandes de coopération se font pour que nous les aidions à revaloriser le « modèle français de psychiatrie humaniste » fondé sur les Lumières (qui a fait ses « preuves », sic).

En juillet 2006, lors du congrès mondial d'Istanbul, l'AFPEP a animé un atelier sur « La psychiatrie centrée sur le patient en pratique privée », qui semble avoir déclenché une dynamique très large de demande de soutien par des pays où cette pratique n'existe pas, et va déboucher sur l'organisation en mars 2008 en France, du premier congrès continental du WPA. En anglais.

Peut-être assistons-nous actuellement à un début de retournement en faveur d'une pratique non scientiste ?

Il convient de l'entretenir avec espoir tous azimuts. L'AFPEP préside également l'ALFAPSY (les francophones tournés vers l'Afrique) qui va intégrer la WPA. Juan MEZZICH, son président, très impressionné par les États généraux de la psychiatrie de Montpellier en 2003 (bravo BOKOBZA), prépare un travail d'histoire de la psychiatrie, retour notamment sur ses racines françaises. Comment ne pas s'en réjouir, et enfoncer le clou, d'abord chez nous ? Rien n'est jamais dit pour toujours.

DUMP THE DSM (« chassez le DSM »), clame haut et fort un courant psychiatrique américain dissident qui utilise l'arme de l'humour, sur le site de Psychiatric Times, institution respectable la plus lue aux USA. Leur article « *Is the DSM the Bible of psychiatry* » a fait un tabac, car ils se réfèrent au texte de la bible littéralement, qu'ils comparent à celui du DSM.

Dans cet esprit, il est riche de lire l'opinion (envieuse et étonnée) que se font certains américains sur « La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en France », lisible sur le site du CHU d'Angers, signée par J.M. Maldonado-Duran de l'Association du Kansas de santé mentale infantile. Ils constatent que la pratique française a échappé à l'EBMisation et à l'homogénéisation, et s'étonnent (l'Europe est vraiment pour eux un autre univers) que « *la pédopsychiatrie en France puisse maintenir « le luxe » que représente le*

respect de l'individu, de la famille, du contexte social, du droit à la santé, de l'engagement à prendre socialement en charge les plus vulnérables. Peut-être est-ce une spécificité culturelle de la France ? »

Conclusion

L'EBM marque le triomphe de la technoscience, une science antidémocratique sans conscience qui peut ruiner l'âme, passée sous la coupe de l'industrie et du privé, du profit qui légitime toutes les idéologies pragmatiques.

La remarque d'Olivier CLAIN, sociologue à l'université Laval de Québec, parue dans Synapse de mai 2005 : « *La critique épistémologique du discours de la science permet la critique de l'illusion scientiste, qui apparaît lorsque la science cesse d'être un ensemble de questions en chantier, et devient un réservoir de certitudes disponibles à l'exercice d'une fonction de légitimation* » s'applique parfaitement à la prétention de l'EBM à une nouvelle totalité sans alternative, comme fin de la clinique.

Il faut en sortir avant des dégâts irréversibles, pour stopper ce catéchisme morticole suiviste au moment même, comme d'habitude, où leur inspirateur américain les remet en question.

Pourquoi avons-nous donc toujours une guerre idéologique de retard, car « *Il est peut-être fini le temps des preuves, le cycle vicieux des procès en sorcellerie, en canonisation* », C. DONNER (Le Monde 2. 25-11-05) ; le temps de la magic-based medicine, de la magie blanche et de l'illusion de rationalité.

Nous devons retourner l'EBM comme un gant, inverser sa dialectique, pour remettre du tiers et de la contradiction (Jaurès : « *La vérité est dans la contradiction* »), et surtout, comme le dit R. GORI, en réhabilitant « *l'humus de la clinique du sujet* » et la dimension humaine totalement absente de ce réductionnisme.

L'EBM est une imposture née dans les think tanks néocons. Cette aliénation ne doit pas faire l'objet de transaction ou d'accommodement : comme un noyau opératoire pervers, elle doit être chassée de notre mode de pensée. Il y va de notre intelligence collective, du risque de notre stérilité civilisationnelle.

EINSTEIN (Verbatim) « *La connaissance de la vérité comme telle est une chose merveilleuse, mais elle est si peu capable de servir de guide qu'elle ne peut même pas prouver la justification et la valeur de l'aspiration à connaître la vérité* »...

*« Aux preuves, préférer les traces,
seule la trace nous fait rêver. »*

René CHAR



Colloques et Conférences

CONGRES au BENIN

Pratiques psychiatriques, références, classifications : la place de l'Afrique

Du 9 au 18 février 2008

Organisé par la Revue PSY-CAUSE
en partenariat avec l'UNIVERSITE et la FACULTE de MEDECINE de PARAKOU

Sous le haut patronage
du Ministre de l'Enseignement Supérieur et du Ministre de la Santé

Comité d'organisation

M. le Professeur Simon AKPONA, Recteur de l'Université de Parakou
Monique WAGNER, Secrétaire de rédaction de Psy-Cause
M. le Docteur Francis TOGNON, Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Parakou
M. le Docteur André-Salomon COHEN, Psychiatre Comité de Rédaction de Psy-Cause

Comité scientifique

Président : M. le Professeur René Gualbert AHYI
Vice-Présidents : M. le Professeur Prosper GANDAHO
M. le Docteur Jean-Paul BOSSUAT
Membres : M. le Professeur Mathieu C. TOGNIDE
Mme le Professeur Josiane EZIN-OUNGBE
M. le Docteur Pierre EVRARD
M. le Docteur Didier BOURGEOIS
Mme le Docteur Laurence FELLER

Appel à interventions, communications, et posters et organisation

Secrétariat Secteur 27
Centre Hospitalier – 84143 MONTFAVET CEDEX
Tél : 04 90 03 92 76 – Fax : 04 90 03 92 79
Courriel : wagner.monique@gmail.com – Chantal.roose@ch-montfavet.fr
ou pour l'Afrique : francistognon@yahoo.fr – gprosper@yahoo.fr

Pré-programme scientifique : du 11 au 13 février 2008

Lundi 11 février 2008

10h/12h : réception par les Autorités Béninoises

14h : ouverture : allocution du Ministre de l'Enseignement Supérieur et du Ministre de la Santé, de M. le Professeur Simon AKPONA, Recteur de l'Université de Parakou, de M. le Docteur Jean-Paul BOSSUAT, Directeur de la Revue Psy-Cause

15h/16h30 : 1^{ère} séance de communications scientifiques : thèmes au choix du Bénin Président français, discutant béninois

16h30/18h : 2^e séance de communications scientifiques : **Historique des classifications / Situation française ? Situation mondiale ?**

Président béninois, discutant français

20h30 : dîner au restaurant « Le Triangle », organisé par l'Université de Parakou

Mardi 12 février 2008

9h30 : reprise des travaux : 3^e séance de communications scientifiques : **Pratiques**

Président français, discutant béninois

12h30 : déjeuner au restaurant universitaire

14h30 : 4^e séance de communications scientifiques : **Pratiques**

Président béninois, discutant français

20h30 : soirée de gala à l'hôtel « La Princesse » – conférence de Mme Rachida DE SOUZA, Conseillère Technique du Ministre de la Culture

Prestation du groupe culturel du Professeur AKPONA

Mercredi 13 février 2008

9h00 : synthèse et clôture des travaux

12h30 : déjeuner au restaurant de l'Université et départ des deux circuits découverte du Bénin

Le voyage

Départ : 9.02.08 par vol Air France – de PARIS ou Aéroport de Province

- 1^{ère} nuit à COTONOU à l' « Hôtel du LAC »
- Dimanche 11.02.08 : départ pour PARAKOU avec déjeuner à DASSA, arrivée à 18 heures dans les deux hôtels : « LES ROUTIERS » et « LE MAJESTIC » – dîner à l'hôtel

Retour : 18.02.08 sur PARIS ou Aéroport de Province

Deux options : après les journées scientifiques départ le 13.02.08 de PARAKOU

- **Option nature :**
Nattitingou, l'ATAKORA, le parc naturel de la Pandjari avec accompagnement d'un guide, village de TATA ; retour sur COTONOU et détente au bord de la mer à LA CASA DEL PAPA avec approche culturelle du VAUDOUDOU à OUIDHA
- **Option culture et traditions :**
ABOMHEY avec les palais royaux et l'artisanat, KETOU, visite du palais, rencontre avec le Roi, ILLIKIMOU, réception par le Roi, ses ministres et la population ; PORTO NOVO, visite de la ville et promenade au village lacustre d'AGUEGUE, retour sur COTONOU et détente au bord de la mer à la CASA DEL PAPA avec approche de la culture du VAUDOUDOU à OUIDAH

Bulletin d'inscription

« Pratiques Psychiatriques, Références, Classifications :
La place de L'Afrique »
Du 9 au 18 février 2008
BENIN

Nom et prénom :.....
Adresse :.....
Service ou secteur :.....
Fonction :.....
Tél. fixe :Fax :.....
Portable :.....
Courriel :

Prix du séjour et congrès :

- Abonnés à Psy-Cause 1 810 €
- Non Abonnés à Psy-Cause 1 850 €

Versement à effectuer avant le 15.08.2007

- Abonnés à Psy-Cause 600 €
- Non Abonnés à Psy-Cause 640 €

Solde : 1 210 €, au plus tard le 15 novembre 2007

Le règlement par chèque se fait à l'ordre de Psy-Cause

Bulletin à retourner

au Secrétariat du Docteur Jean-Paul BOSSUAT – Secteur 27 – Centre Hospitalier – 84143 MONTFAVET CEDEX

Choix de l'option touristique :

- circuit nature : 20 places.....
 - circuit culture et traditions : 20 places.....
- dans la limite des places disponibles, en fonction de l'ordre d'arrivée

ATTENTION

Changement des dates du voyage d'étude

Voyage d'étude de la revue *Psy Cause*, en Égypte
Pour les professionnels de santé

Du 23 octobre au 2 novembre 2007

LE DEUIL ET LA PERTE D'OBJET



Argument

La civilisation égyptienne antique est dans l'histoire de l'humanité, le plus ancien témoignage d'une réflexion approfondie sur le traumatisme du deuil et la question de la perte d'objet. Le mythe d'Osiris connu dès les textes des pyramides au milieu du troisième millénaire avant notre ère et qui fut au temps des Romains décliné dans les temples d'Isis disséminés dans l'ensemble du monde civilisé jusqu'au temple d'Isis à York en Angleterre, aborde des thèmes aussi essentiels que le morcellement, la création par Isis du phallos en remplacement du pénis perdu, la privation de la veuve etc... Un papyrus du Moyen Empire, « Le dialogue d'un désespéré avec son âme », traite de la dépression et du suicide. Des dispositifs funéraires multiples ont été inventés pour assurer aux défunts et donc aux vivants, une victoire sur la mort et la séparation. Le pharaon Ramsès II fut, à travers sa momie, reçu à Paris, avec, à sa descente d'avion, les honneurs de la Garde Républicaine. Le Président François Mitterrand vint à Assouan pour rencontrer Isis alors qu'il était convoqué pour le grand passage vers l'au-delà.

Le voyage d'étude ne sera pas seulement centré sur l'Égypte pharaonique et gréco-romaine puisqu'une journée entière d'échanges avec des professionnels de l'hôpital psychiatrique d'Assouan permettra de travailler sur la prise en charge de la dépression aujourd'hui en Égypte. La revue *Psy Cause* entretient depuis octobre 2003 des liens professionnels continus avec la psychiatrie du gouvernorat d'Assouan. En mars 2005, la ville d'Assouan contribua à l'organisation du premier congrès franco-égyptien de psychiatrie par notre revue et par les collègues égyptiens.

Des séances de travail quotidiennes permettront d'étudier le thème du voyage, avec une contribution des participants sous la forme de communications scientifiques qui seront publiées dans la revue. Le groupe sera encadré par le Docteur Jean-Paul Bossuat, psychiatre, directeur de *Psy Cause* et diplômé d'égyptologie (de l'université Lyon II). Il disposera d'un guide spécifique et d'une logistique managée par l'agence Keops.

Programme

Jour 01 : 23/10/2007 — Paris/Le Caire

Départ sur le vol régulier Air France en direction du Caire. Décollage à 18 h 55 de l'aéroport Charles De Gaulle 2E. Arrivée, accueil par un représentant francophone de Kéops et transfert à votre Hôtel de catégorie 3 étoiles. Nuit à l'Hôtel.

Jour 02 : 24/10/2007 — Le Caire/Wagon-lit

Petit-déjeuner à l'Hôtel et départ pour la visite du plateau de Guizeh avec les 3 pyramides Kheops, Kephren et Mykérinos. Déjeuner dans un restaurant typique puis transfert à la gare pour un départ vers Assouan. Dîner et nuit à bord en wagon-lit première classe. Conférence au wagon-bar : les textes des pyramides

Jour 03 : 25/10/2007 — Assouan/ Journée de travail avec l'hôpital psychiatrique

Arrivée, accueil par un représentant et transfert à l'Hôtel des conférences.

Départ pour la visite de l'Hôpital Psychiatrique avec le Dr Habashi.

Déjeuner dans un restaurant typique. Après-midi retour à l'Hôpital, continuation de la visite et des échanges scientifiques. Retour à l'Hôtel dîner et nuit.

Jour 04 : 26/10/2007 — Assouan/ Philae

Petit-déjeuner à l'Hôtel puis départ pour la visite à l'école française – Déjeuner dans un restaurant typique, l'après-midi visite du temple de Philae – retour à l'Hôtel dîner et nuit. Le soir, conférence sur le mythe d'Osiris ; communication d'un participant sur le deuil et la perte d'objet.

Jour 05 : 27/10/2007 — Assouan

Petit-déjeuner à l'Hôtel. Départ pour la visite des tombes des gouverneurs. Déjeuner dans une maison nubienne (Chez Nasser) – l'après-midi visite du musée nubien – dîner et nuit à l'Hôtel. Conférence sur les dispositifs funéraires ; communication scientifique d'un participant.

Jour 06 : 28/10/2007 — Assouan/Kom Ombo en felouque

Petit-déjeuner à l'Hôtel. Départ pour prendre la felouque,

embarquement à bord vers 8 h 00 matin, navigation vers Kom Ombo, déjeuner à bord – le soir arrivée à Kom Ombo –dîner et nuit à bord. Le soir, veillée sous les étoiles : conférence sur le papyrus du dialogue du désespéré avec son âme.

Jour 07 : 29/10/2007 — Assouan/Kom Ombo/Djebel Silsileh – en felouque

Petit-déjeuner à bord, départ pour la visite du temple de Kom Ombo, puis navigation en direction de Djebel Silsileh. Déjeuner à bord, départ pour la visite du Djebel Silsileh. Dîner et nuit à bord. Le soir, veillée de travail sur la perte d'objet et son traitement selon une vision cyclique dans l'Égypte ancienne. Exposé scientifique d'un participant.

Jour 08 : 30/10/2007 — Djebel Silsileh/Assouan

Petit-déjeuner à bord, départ en autocar direction d'Assouan – arrivée à Assouan – transfert à l'Hôtel – déjeuner dans un restaurant typique – après-midi libre – dîner et nuit à l'Hôtel. Le soir : conférence sur les hiéroglyphes et leur puissance créatrice d'une réalité après la perte ; exposé scientifique d'un participant.

Jour 09 : 31/10/2007 — Assouan/Wagon-lit

Petit-déjeuner à l'Hôtel, départ pour la visite de l'île Eléphantine et du jardin botanique. Déjeuner dans un restaurant typique. L'après-midi libre – puis transfert à la gare pour un retour au Caire – dîner et nuit à bord. Dans le wagon-bar, dialogue avec le Docteur Bossuat et le guide sur la civilisation égyptienne et l'approche du deuil : aspects antiques et aspects actuels.

Jour 10 : 1/11/2007 — Wagon-lit/Le Caire

Arrivée au Caire, visite du musée égyptien ; déjeuner dans un restaurant typique.

L'après-midi visite des souks de Khan El Khalili. Conférences de clôture des travaux.

Jour 11 : 2/11/2007 : Le Caire/Paris

Transfert à l'aéroport du Caire pour un retour à Paris sur le vol Air France, décollage à 02 h 20, arrivée à Paris Charles de Gaulle à 6 h 15.

Conditions d'inscription

Le prix du voyage a été étudié avec soin dans l'esprit de Psy Cause qui est une revue pluridisciplinaire, afin de permettre à tous les professionnels, dont les paramédicaux, de s'inscrire. La mise à notre disposition à Assouan de l'hôtel du Palais des

congrès l'a rendu possible. Sa capacité limitée à 30 places, nous oblige à demander aux inscrits tardifs un versement complémentaire de 100 € par personne à cause du logement dans un hôtel plus coûteux.

Tarifs

- Dans la limite de 25 personnes:
 - Prix abonnés à Psy-Cause base double : 1 210 €
 - Prix non abonnés à Psy-Cause base double : 1 250 € avec un abonnement à 4 numéros offert
 - Prix en single : majoré de 190 €

NB :

- L'abonnement est offert aux non abonnés.
- Le prix peut être majoré par notre partenaire KEOPS dans la limite de 20 € en cas d'augmentation brutale du tarif aérien.
- Le prix du séjour s'entend : déplacements, visites, pourboi-

res, hôtellerie compris, sauf les boissons.

- Dès réception de votre bulletin d'inscription, vous sera adressé un document que vous retournerez à notre agence partenaire KEOPS.
 - Vous pourrez verser les arrhes (340 € par personne en double – 400 € par personne en single) le règlement à distance par carte bleue étant possible.
 - Si vous souhaitez une assurance complémentaire : elle sera de 50 € par personne en base double, et de 60 € par personne en base single.

Bulletin d'inscription au voyage d'étude en égypte organisé par Psy Cause du 23 octobre au 2 novembre 2007

A retourner au Docteur Jean-Paul BOSSUAT, Secteur 27 - 84143 MONTFAVET CEDEX

Nom :Prénom :

Adresse :

Tél. :Courriel :

L'inscription sera prise en compte dès versement des droits d'inscription qui couvrent des dépenses engagées par l'association et dont le montant est inclus dans le prix global annoncé du voyage. Cocher la case vous concernant :

- Professionnel non abonné 130 €
- Professionnel non abonné avec accompagnant 220 €
- Professionnel abonné 90 €
- Professionnel abonné avec accompagnant 180 €

Je souhaite faire une communication
sur le thème

Joindre un chèque du montant correspondant à votre cas, à l'ordre de Psy-Cause

NB : le solde du voyage à régler à KEOPS sera majoré de 190 € en cas de voyage en single, c'est-à-dire si vous voyagez seul et que vous ne souhaitez pas partager votre chambre.

L'équipe de Psy Cause

■ Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon)

■ Rédacteurs en chef

Pierre Evrard (Avignon)
Philippe Khalil (Marseille)

Le comité de coordination rédactionnelle est constitué du directeur et des rédacteurs en chef.

■ Administrateur trésorier

Michel Bayle (Le Paradou)

■ Secrétaires de Rédaction

Webmaster : Didier Bourgeois (Avignon)

Congrès :

André-Salomon Cohen (Avignon)

Afrique : Monique Wagner (Boulbon)

■ Correspondants

Jeanne Aguila (Marseille)
Ashraf Amin (Toulon)
Michèle Anicet (Avignon)
Joëlle Arduin (Avignon)
Geneviève Ayach (Paris)
Nadia Benathzmane (Paris)
Claude Bissolati (Marseille)
Hervé Bokobza (Montpellier)
Jean-Marc Boulon (St-Rémy-de-Provence)
Mireille Brun (Avignon)
Anny Castel-Guilpart (Arles)
Fabienne Cayol (Laragne)
Jean-Paul Champanier (Grasse)
Marie-Christine De Médrano (Aix)
Jacques Dubuis (Lyon)
Baba Fall (Valence)
René-Louis Payaud (Thuir)
Jean-Yves Feberey (Pierrefeu)
Olivier Fossard (Avignon)
Hervé Gady (Avignon)
Jean-Michel Gaglione (Martigues)
Réjane Galy (Béziers)
Dominique Gauthier (Laragne)
Dominique Godard (Martigues)
Jean-Louis Griguer (Valence)
Bernard Javellot (Pierrefeu)
Boh Souleymane Kourouma (Pierrefeu)
Françoise Lanciaux (Thuir)
Arnaud Masquin (Villeneuve-lez-Avignon)
Claude Miens (Avignon)
Jean-Baptiste Orler (Cannes)
Rafael Ortiz (Avignon)
Hosni Ouahchi (Avignon)
Nathalie Papapietro (Ile de la Réunion)
Yves Petit (Papeete, Polynésie)
Rémi Picard (Avignon)
Michèle Platroz (Lyon)
Danielle Raoux (Salon)

Philippe Raynaud (Thuir)
Françoise Ruault (Avignon)
Pascal Schindelholz (Papeete, Polynésie)
Jeanie Schott (Uzès)
Béatrice Segalas (Antony)
Jean-Luc Sicard (Avignon)
Julien Starkman (Avignon)
Dominique Texier (Thonon)
Martin Tindel (Pierrefeu)
Gabrielle Uda (Marseille)

Didier Bourgeois a dessiné les illustrations originales.

■ Comité de Rédaction

Michèle Bareil-Guerin (Limoux)
Agnès Beisson (Avignon)
Jean-François Bouix (Montpellier)
Marc Bounias (Avignon)
Patrick Boyer (Uzès)
Laurence Feller (Uzès)
Huguette Ferré (Avignon)
Thierry Fouque (Nîmes)
Marielle Fontaine (Avignon)
Jean-Marc Galland (Fréjus)
Marie-Claude Gardone (Uzès)
Patrick Jouventin (Avignon)
Danielle Monbet (Avignon)
Carole Mitaine (Antibes)
Jean-Pierre Montalti (Montpellier)
Youssef Mourtada (Le Mans)
Marie-José Pahin (Marseille)
Errol Palandjian (Draguignan)
Jacques Peyre (Montpellier)
Gérard Pirlot (Toulouse)
Patricia Princet (Fains)
Mila Ramon (Béziers)
Sophie Sauzade (Martigues)
Gilbert Schott (Uzès)

■ Correspondants étrangers

Séverin Cécil Abega (Yaoundé, Cameroun)
Hassen Ati (Nabeul, Tunisie)
Ahmed Benrqi (Oujda, Maroc)
Alexandra Berankova (Ostrava, Tchéquie)
Jan Cimiski (Prague, Tchéquie)
Enzo Desana (Turin, Italie)
François Dethier (Lernieux, Belgique)
Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)
Ivan Galuszka (Bila voda, Tchéquie)
Prosper Gandaho (Abomey, Bénin)
Momar Gueye (Dakar, Sénégal)
Fakhreddine Hafani (Tunis, Tunisie)
Pavel Hlavinka (Opava, Tchéquie)
Kapouné Karfo (Ouagadougou, Burkina Faso)
Baba Koumare (Bamako, Mali)
Mohamed Lakloui (Marrakech, Maroc)
Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Ola Lindgren (Karlstad, Suède)
Nasser Loza (Le Caire, Égypte)
Mary-Kay Nixon (Victoria, Colombie Britannique, Canada)
Valère Nkelzok (Douala, Caméroun)
Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)
Maria Socolsky (Buenos Aires, Argentine)
Mohamed Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)
Petr Taraba (Opava, Tchéquie)
Raymond Tempier (Saskatoon, Saskatchewan, Canada)
Bertrand Tiret (Gatineau, Québec, Canada)
Mathieu Tognidé (Bénin)

■ Conseil Scientifique

Thierry Alberne (Antibes)
Charles Alezrah (Thuir)
Dominique Arnaud (Avignon)
Charles Aussilloux (Montpellier)
Michel Bartel (Pierrefeu)
Jean-Pierre Baucheron (Marseille)
Moïse Benadiba (Marseille)
Henri Bernard (Avignon)
Marie-Hélène Bertocchio (Aix)
Daniel Bley (Arles)
Carmen Blond (Avignon)
Thierry Bottai (Martigues)
Jean-Philippe Boulenger (Montpellier)
Stéphane Bourcet (Toulon)
Jean-Louis Champot (Aix)
Yves Coquelle (Pierrefeu du Var)
Boris Cyrulnik (Toulon)
Rémi Defer (Aix)
Françoise Deramond (Toulouse)
Myriam Duprat (Montpellier)
Dominique Étienne (Pierrefeu du Var)
Marie-France Frutoso (Uzès)
Robert Julien (Marseille)
Dimitri Karavokyros (Laragne)
José Lamana (Avignon)
Jean-Luc Metge (Martigues)
Gérard Mosnier (Avignon)
Régis Polverel (Martigues)
Nadine Pontier (Montpellier)
Jean-Marie Potoczek (Pierrefeu)
Madeleine Pulcini (Lyon)
Gérard Pupeschi (Aix)
Dominique Pringuey (Nice)
Marie Rajablat (Toulouse)
Edmond Reynaud (Avignon)
Yves Rousselot (Aix)
Mohand Soulali (Avignon)
René Soulayrol (Cassis)
Jean-Pierre Suc (Avignon)
Nicole Vernazza (Arles)

■ Directeur honoraire fondateur

Thierry Lavergne (Paris)

Abonnement

– Bulletin d'abonnement –

Abonnement pour un an à la revue *Psy Cause* : 40 € à partir du n° (sauf n° épuisés).

Le bulletin d'abonnement rempli ainsi que son règlement à l'ordre de *Psy Cause* sont à envoyer au trésorier de la revue :

Michel Bayle
La Méridienne, route de Belle Croix 13520 Le Paradou

Nom et prénom

Adresse professionnelle

Code postal..... Ville.....

et *Instructions aux auteurs*

Toute proposition d'article devra être formulée et envoyée à : Dr J.-P. Bossuat, Centre hospitalier de Montfavet 84143 Montfavet cedex.

Le comité de rédaction est seul juge de l'acceptation ou non d'une communication.

Contenu de l'article

- L'article doit être obligatoirement constitué des rubriques suivantes :
- **Titre de l'article**
- **Photographie de l'auteur** (type photo d'identité)
- **Nom de l'auteur**, qualité, adresse
- **Résumé** : 100 à 150 mots en langue française, exposant succinctement l'objet de l'article
- **Corps de l'article**

L'article peut être constitué de une ou plusieurs parties selon les besoins de l'exposé.

Les photographies, graphiques, dessins sont désignées sous le terme générique de « Figures ». Elles seront numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte (dans lequel doit exister un appel de figure).

Les légendes des figures sont séparées du reste de l'article.

- **Bibliographie** :

Pour un livre, les mentions suivantes doivent apparaître : Auteurs (nom, prénom), titre (en italique), tome (si nécessaire), ville, maison d'édition, n° d'édition (si ce n'est pas la première), année, nombre de pages, pages de référence.

Pour un article, dans une revue : Auteurs (nom, prénom), titre de l'article entre « », le nom de la revue (en italique), le n° de volume, l'année, le n° des première et dernière page de l'article.

Instructions techniques

Texte

Le texte doit être dactylographié. Il sera fourni une version sur papier et une version informatique (fichier.doc ou .rtf) sur disquette ou par mail.

Figures

Les photographies seront fournies sur papier glacé, d'un format minimum de 6 x 9 cm. Au dos du cliché, apparaîtra le nom de l'auteur, le numéro de la figure.

Les diapositives sont également acceptées, portant les mêmes informations que ci-dessus.

Les graphiques et dessins doivent être d'un format et d'une netteté suffisants pour permettre une parfaite lisibilité une fois reproduits.

Les figures fournies dans une version informatique, doivent être enregistrées dans des fichiers séparés, dans un format .tif, .eps ou .jpg. La version informatique doit impérativement être accompagnée d'une version papier de bonne qualité.

Tableaux

Comme pour le texte, les tableaux seront fournis dans une version sur papier et une version informatique (fichier).

CONGRÈS au BENIN

Pratiques psychiatriques, références, classifications :
la place de l'Afrique
Du 9 au 18 février 2008



Organisé par la Revue PsyCause
en partenariat avec l'Université et la Faculté de Médecine de PARAKOU
Sous le haut patronage
du Ministre de l'Enseignement Supérieur et du Ministre de la Santé