Cahiers de Psychologie Politique

N° 26 | 2015
numéro 26 - Janvier 2015

L’hôpital RAZI en Tunisie, une institution asilaire

Sana CHERNI

Manel DALLEGI

Édition électronique :
URL : https://cpp.numerev.com/articles/revue-26/1737-l-hopital-razi-en-tunisie-une-institution-asilaire
DOI : numerev_920
ISSN : 1776-274X
Date de publication : 16/01/2015

Cette publication est sous licence **CC BY-NC-ND** (Attribution - No commercial - No derivatives).

Pour **citer cette publication** : CHERNI, S., DALLEGI, M. (2015) L’hôpital RAZI en Tunisie, une institution asilaire. *Cahiers de Psychologie Politique*, (26). https://doi.org/10.34745/numerev_920

L’institution psychiatrique est un miroir qui amplifie le malaise dans la civilisation. Dans la guerre entre psychanalyse et biologie, dans un contexte général politique post-révolutionnaire marqué par une explosivité pulsionnelle, l’institution psychiatrique tunisienne devient un lieu où se reproduit la maltraitance. Condensant les insuffisances locales à la perspective neurochimique, en vogue actuellement, l’hôpital ERRAZI est un environnement aussi bien asilaire que néo-asilaire.

Mots-clés :

Introduction

Lorsque nous y sommes entrés pour la première fois, le cœur battait la chamade et les mains étaient moites. Cette institution dont on avait tant entendu parler était une sorte d’enclave aux allures mystérieuses et effrayantes. Aussi énigmatique qu’angoissante l’arrivée dans ce lieu ne pouvait susciter qu’inquiétude mêlée de curiosité. Mais, à l’entrée, rien n’est rassurant malgré la beauté des allées bordées d’oliviers et de palmiers et les espaces verts abandonnés. Certains patients trainent librement et les autres sont enfermés dans les services, à clé. Quelle est la vie qu’ils y mènent lorsque l’enfermement psychopathologique est doublé d’un enfermement institutionnel ? Lorsque la violence de la marginalisation sociale est renforcée par la maltraitance physique et verbale ? Quels est le sort de ces êtres humains lorsque l’institution aggrave les dégâts qu’ils ont subis -suite à des parcours cahotiques- en les traitant comme objets de recherches ou comme entités chimiques. L’hôpital ERRAZI, dans la situation actuelle n’est en aucun cas une institution thérapeutique ! Absence de conscience professionnelle de la part de la plupart des médecins qui y travaillent, de sens critique des stagiaires, incompétence et maltraitance des infirmiers dépassés ou nonchalants, impuissance des psychologues et indifférence face à cette situation de non- assistance à personnes en danger et en souffrance chronique. Un crime collectif dont le scénario se répète à l’infini et dans lequel nous refusons le rôle de complicité que nous aurions endossé par notre silence.

Si nous tentons de réfléchir et de comprendre les raisons de ces dysfonctionnements, nous poserons les questions suivantes : est-ce que cette institution a toujours fonctionné de la sorte ? Pourquoi le psychologue n’y a pas sa place et qu’il ne peut agir

sans la permission des uns et des autres ? Pourquoi le renfermement de la maladie mentale y est-il renforcé par un renfermement institutionnel ? Cet asile qui ne s'ouvre jamais au public est à l'image des personnes qui y sont, renfermées sur elle-même dans un processus de déshumanisation.

Il est vrai, cependant que nous n'avons pas visité tous les services et qu'il y a certainement dans cette institution des personnes compétentes et bienveillantes. Mais nous ne pouvons taire un dysfonctionnement général, des prises en charge exclusivement pharmaco-thérapeutiques ni les maltraitances physiques qui nous ont été rapportées.

Malaise dans la psychiatrie

Dans un article d'une grande pertinence, Douville (2013) établit un lien entre le système politique français et la pratique psychiatrique ainsi que la place accordée à l'« aliéné ». Il souligne qu'une politique fondée sur le capitalisme sauvage et la démagogie sécuritaire ne peut être sans conséquence sur la pratique quotidienne de la clinique. Le patient dans ce contexte, n'est plus un être humain en souffrance mais un *individu dangereux, aux penchants redoutables.* A partir de ce moment, l'enfermement est la solution qui s'impose, dans une attitude de déni et de projection collective : » c'est lui le fou et non le personnel qui est incompétent ».

Douville critique aussi l'étiologie réductionniste qui situe de plus en plus l'origine des désordres psychiques au niveau cérébral. En effet, lorsqu'une seule perspective explicative devient exclusive, l'individu n'est plus considéré dans sa nature pluridimensionnelle, bio-psycho-sociale mais réduit à une entité « neurogénétique ». Au placard, les vieux concepts d'inconscient, de transfert, de régression et de temporalité nécessaires au rétablissement psychique.

Selon Ayme (1993), les institutions psychiatriques ressemblent de plus en plus au monde du travail soumis à l'exploitation humaine, à la rapidité et à l'efficacité indispensable, transformant ainsi l'établissement hospitalier en un système néo-asilaire.

En Tunisie, l'institution psychiatrique regroupe les insuffisances locales (manque de personnel, de matériel, formation non diversifiée et incomplète…), l'arrogance du système capitaliste (conditions de soins et d'hospitalisation déplorables dans les services publiques) et les conséquences désastreuses des « effets de mode » dans les courants explicatifs des désordres psychiques (la survalorisation de la pharmacothérapie)

L'hôpital ERRAZI

L’hôpital

L’hôpital ERRAZI est un établissement hospitalo-universitaire situé au Nord-est de Tunis, dans une ville appelée La Manouba. L’hôpital a accueilli ses malades le 1er juillet 1931. A son ouverture, il a commencé à fonctionner avec 17 agents et un médecin et était constitué de soixante lits. Actuellement, il a une capacité de 640 lits. L’hôpital présente une structure pavillonnaire avec à l’entrée, une administration, un bloc pour des consultations externes et des urgences. Durant les années 50, l’hôpital a connu la construction de nouveaux espaces et une amélioration au niveau de l’équipement.

Abu Baker Errazi

Abu Baker Errazi (850-932 Ap J.C) donne son nom à l’actuel hôpital psychiatrique tunisien. Il est surnommé le « Galien des arabes ». Il rédige plusieurs ouvrages en psychologie et en psychiatrie, examinant l’origine psychique de plusieurs maladies organiques. Il oblige les médecins à prendre en compte autant le corps que l’âme, à encourager les patients et à leur procurer de l’espoir. Il semble être le premier à avoir introduit le terme de « *El ilaj ennafsani* » ou psychothérapie en mettant l’accent sur l’importance de la suggestion par le médecin au malade, de la bonne santé, *même s’il n’y croit pas en son fort intérieur. Car,* disait-il*, la structure du corps suit les vicissitudes de l’âme.* Il est l’auteur de traités intitulés : « *Le livre de l’âme »* et *« Le livre de la médecine de l’âme ».*

Les années 1960

Par ailleurs, nous avons su, grâce au temps passé dans les différents services de l’hôpital, que pendant les années 60, les patients avaient des activités agriculturales pour lesquelles ils étaient rémunérés. Ils s’occupaient d’animaux (vaches, poules…) dont ils vendaient les produits, ce qui leur permettait d’être autonomes financièrement et certainement de guérir plus vite. De plus, des ateliers thérapeutiques étaient à leur disposition : menuiserie, coiffure et esthétique pour les patientes femmes et une bibliothèque était même ouverte toute la journée, à l’intention des patients ayant un intérêt pour la lecture. Cette bibliothèque se transformait occasionnellement, en salle de fêtes d’où émanaient des musiques orientales faisant régner au sein de l’hôpital, une atmosphère apaisante. La décision a été prise de mettre fin à ces avantages car selon certains psychiatres, ils encourageaient la chronicité des troubles. Actuellement, les patients tournent en rond toute la journée et ne disposent d’aucune activité à part se promener dans les couloirs et entre les différents services. La seule perspective de soin est exclusivement pharmaco-thérapeutique, livrant les patients en dehors de cette possibilité, à l’errance quotidienne entre les murs et les couloirs, aux souffrances qui rongent leurs âmes et détériore leur état psychique, au désarroi de l’entourage impuissant et démuni…

De la maltraitance familiale à la maltraitance institutionnelle

Salima (prénom que nous avons choisi pour protéger l'anonymat de la patiente) est âgée de 37 ans, scolarisée jusqu'en 3ème année secondaire, elle a reçu une formation dans le domaine de la maroquinerie, elle a aussi travaillé en tant que femme de ménage. Dès le début, l'entretien est difficile à mener car Salima ne répond pas aux questions mais en pose et tente de se mettre dans une situation de pouvoir, dans laquelle elle manipule le cours de la discussion. Célibataire, elle a été fiancée et la relation a échoué après une violence qu'elle a subie. Les troubles ont commencé pendant l'année 93/94, suite à un viol. Salima est en rémission depuis juillet 2009. Elle prend un traitement composé de : modécate, largactile (torasine), dépakine et temesta. Douze hospitalisations sont notées dans le dossier médical, en raison des arrêts de traitements, à chaque fois pour accès maniaque, En Août 1996, une symptomatologie d'allure dépressive est évoquée mais sans donner lieu à une hospitalisation. Elle a par ailleurs, deux frères soignés à l'hôpital ERRAZI, dont un pour schizophrénie.

Lorsque nous rencontrons Salima, dans le cadre d'un travail de recherche, elle nous confie, lors de l'entretien, avoir été battue par son père et son grand frère. Une fois hospitalisée, cette maltraitance s'est reproduite. En effet, Salima a aussi été battue par les patients à l'hôpital ERRAZI, sans que les infirmiers n'interviennent. La réactivation de ses nombreuses maltraitances la fait pleurer, lors de l'entretien.

Outre ses souffrances, Salima parle aussi avec une grande amertume, de son désir de maternité ; elle explique qu'elle a reçu en même temps que les neuroleptiques, des contraceptifs pendant 3 ans. Dans le dossier de la patiente, nous trouvons l'explication de l'administration des contraceptifs ; plusieurs IVG (interruptions volontaires de grosses) sont évoquées en raison de relations sexuelles non protégées, avec des partenaires multiples.

Nous comprenons que Salima qui souffre de maniaco-dépression puisse être un sujet ayant des difficultés relationnelles et des excès comportementaux, sans parler de la manipulation et des tendances perverses que nous avons d'ailleurs subies lors de la rencontre avec elle, mais est-ce une raison pour la laisser subir des violences au sein d'une institution qui est censé protéger le sujet de lui-même et des autres ? A quoi sert l'institution si elle n'assure pas un système de pare-excitation au patient et s'il continue à reproduire inconsciemment ce qu'il vivait ailleurs ? Ne pas protéger le fonctionnement psychique d'un individu en souffrance est une façon de contribuer à sa psychotisation et donc à sa mort psychique. Chabert (1998) parle d'ailleurs de « mort pulsionnelle » pour décrire l'abrasion fantasmatique qui caractérise la psychose et qui peut s'aggraver dans un environnement hostile et maltraitant.

Nous pouvons dire alors, qu'en médecine physiologique, la mort est facilement constatable tandis qu'en psychiatrie, la mort est silencieuse…

La contention comme punition

Dans le cadre du stage que nous effectuons à l'hôpital RAZI, nous avons assisté à des situations inadmissibles d'un point de vue éthique et humain. Nous sommes arrivés un jeudi comme d'habitude au service mais un évènement inhabituel se déroula sous notre regard.

Zohra est une dame âgée de 48 ans. Elle est hospitalisée dans le service depuis six mois et il s'agit de sa huitième hospitalisation pour trouble schizo-affectif. Ce jour-là, elle était dans un état d'agitation ; elle ne cessait d'aller et venir dans le couloir tout en répétant à haute voix qu'elle souhaitait téléphoner à sa famille. Elle exprimait clairement le besoin de voir les membres de sa famille qui lui manquaient : « *Je voudrai contacter ma famille, ils me manquent, ils me rendent visite…laissez-mou leur parler…je voudrai leur dire un mot…le téléphone…le téléphone pour que j'entende leur voix…La bénédiction de Dieu ne se réalise qu'avec celle des parents* ». Ces phrases répétées incessamment ont dérangé le groupe d'infirmières en pleine discussion. L'une d'elle menaça la patiente en lui disant qu'il fallait qu'elle se taise sinon elle sera mise sous contention : » *tais-toi ou je te ligote, tu nous énerves ».* Devant l'insistance de la patiente qui a continué à répéter sa demande, l'infirmière agacée mit la patiente sous contention et reprit sa conversation comme si de rien n'était au milieu des pleurs et des cris de la patiente : « *Au nom de Dieu, non, non…je ne suis pas folle…je veux mon frère c'est tout…apportez-moi mon frère…oui, oui, mon frère ».*

Nous savons par ailleurs que la contention physique est une technique régulièrement utilisée en pratique clinique courante, pour la prise en charge des sujets agités, dans le but de maîtriser ou limiter leurs mouvements et d'assurer la sécurité du patient (ou de son entourage). Les comportements du sujet sont soit inadaptés ou dangereux. L'immobilisation de la personne permet soit d'éviter une chute, de réaliser un soin ou de contenir un épisode d'agitation ou de déambulation incessante. La personne est alors attachée en position assisse ou alitée. Des barrières peuvent être disposées sur les côtés du lit. Il arrive aussi que l'on enferme à clé la personne dans sa chambre.

Cependant, la contention doit toujours être considérée comme un moyen thérapeutique temporaire, et non comme un moyen punitif. Autrement dit, l'utilisation de la contention doit s'accompagner d'un sens développé du respect du patient qui ne doit être ni infantilisé, ni manipulé, ni maltraité mais comment imposer un cadre professionnel éthique dans un système hospitalier complètement défaillant et dans lequel les professionnels ne pensent qu'à leur carrière et à leur confort ? La contention devrait être utilisée comme un moyen thérapeutique temporaire et non comme un moyen punitif. Il nous semble important d'insister sur ces aspects éthiques et déontologiques tant la pratique de la contention physique peut être soumise à des dérives. La question qui se pose aussi concerne l'habilitation à la contention ; quelles sont les personnes dans l'équipe médicale, habilitées à autoriser la contention, les psychiatres non ? Les infirmiers soignants sont-ils habilités à utiliser la contention avec le patient sans l'avis du médecin traitant ?

Nous avons remarqué à l'hôpital Errazi que dans la majorité des cas, la contention consiste à utiliser les barrières du lit, sans prescription médicale, il s'agit d'une décision prise par l'infirmière. Parfois, les contentions sont prescrites par le médecin mais sans délimitation de leur fréquence et de leur durée. Normalement, l'équipe médicale doit établir un protocole de mise en place des contentions. Le protocole doit être réfléchi à l'avance et doit préciser les indications de la contention, sa durée et les modalités de surveillance du patient. Le recours à la contention physique n'est justifié qu'après l'échec d'autres mesures de prise en charge, ce qui doit clairement être consigné dans l'observation médicale du patient. Or la réalité du terrain tunisien en est toute autre. En effet, la contention dans le contexte tunisien fait l'objet d'une « sur-utilisation ». Une fréquence abusive de son usage, sans justification convaincante ni suivi mène à un usage prolongé sans raison apparente et qui, souvent, échappe au contrôle du médecin traitant. Nous avons su aussi, de la part de notre entourage qu'au service de pédopsychiatrie, les enfants agités sont attachés, par un bout de tissu, à un meuble (une table ou autre).

Mais alors à quoi correspond la déviation de cette pratique censée protéger le patient de lui-même. Pourquoi le personnel médical et paramédical a-t-il du mal à considérer le patient comme un être humain libre avant tout, bénéficiant comme tout sujet du droit au respect de l'intégrité corporelle, du droit d'aller et venir et du droit au respect de l'autonomie et de la dignité ? Est-ce par ignorance, par inconscience ou parce que depuis longtemps ces personnes ont proclamé leur défaite face à la maladie mentale ? Sans prendre le temps de comprendre le pourquoi de l'agitation, ni faire preuve d'écoute bienveillante, encore mois de tenter une méthode thérapeutique non pharmacologique, le passage à l'acte est la solution : on attache la personne. Friard (2004) explique ce comportement même lorsqu'il est utilisé de façon adaptée, par une insuffisance des compétences professionnelles : » *c'est précisément parce qu'ils n'arrivent pas, ou plus à être contenants que les soignants vont isoler ou attacher le patient*[1] *».* L'attachement devient-il alors, une réponse à l'inquiétude du soignant suscitée par son incompétence et ses capacités insuffisantes de contenance et d'apaisement. De peur d'être envahi lui-même par la souffrance et l'incohérence du soigné, le soignant l'attache croyant ainsi limiter l'envahissement : « *si le patient s'agite, c'est parce que nous n'avons pas su, à un moment au moins, écouter sa souffrance*[2] »

Le pouvoir absolu de l'équipe paramédicale

Le temps que nous avons passé entre les murs de l'hôpital ERRAZI nous a permis de constater de réels problèmes relationnels entre certains infirmiers et les patients.

Amina âgée de 32 ans est hospitalisée pour maniaco-dépression, elle manifeste une hostilité à l'égard des infirmières du service. Le désaccord a commencé lorsque la patiente a exprimé sa haine vis-à-vis de l'équipe paramédicale en raison de la

maltraitance qu'elle a subie. En réponse au flot verbal que la patiente a exprimé, l'infirmière a rétorqué par un discours dévalorisant : « *tu es obèse et impolie, l'une d'entre nous doit quitter le service, tu es malade et folle ».* La patiente, ne se laissant pas impressionner, raconte : « *tu veux m'enlever mes vêtements, comme tu l'as déjà fait hier, tu veux me mettre sous contention, tu me hais, je le sais et je te déteste aussi ».* L'infirmière demanda à la patiente de se taire, en la menaçant de venir la voir. Mais cette dernière ne s'est pas tue et a continué à répéter, inlassablement : » *tu me hais, je le sais ».* Agacée par ces paroles, l'infirmière prit une table et la mit devant la patiente pour la bloquer dans un coin et l'empêcher de circuler, en lui disant : « *je vais te laisser là jusqu'à la fin de la journée, n'essaie pas de dépasser la table ou de sortir de ce coin ».* Face à l'aggravation du conflit, les autres infirmières tentent d'intervenir pour calmer leur collègue mais sans résultat. Nous avons assisté sidérée à cet échange violent d'insultes à hautes voix, aux injures ordurières et aux paroles diffamatoires et acerbes. La violence de la scène nous fait oublier que nous sommes dans une institution hospitalière, il n'y a plus de cadre professionnel, ni de relation soignant-soigné, encore moins tout ce que nous avons appris de la relation thérapeutique basée sur la neutralité bienveillante, l'empathie et le respect.

Conclusion

Il est vrai que le contact quotidien avec la maladie mentale est certainement plus difficile à gérer que le contact avec la maladie organique mais le déni et la technique de l'autruche constatée sur le terrain ne sont pas la solution. Le malaise dans l'institution psychiatrique ERRAZI est patent et doit donner lieu rapidement à une remise en cause du fonctionnement général de l'hôpital. Les difficultés doivent être soulevées, l'impuissance ou le manque de formation reconnus afin de pouvoir être dépassés et la verbalisation de la souffrance est une urgence impérative aussi bien du côté des patients que du personnel. La cohésion, la planification, le consensus et la continuité des soins de l'équipe médicale et paramédicale pourrait aider à lutter contre un morcellement de la pratique clinique tel qu'on l'observe actuellement.

1 Friard, D. (2004). Attacher n'est pas contenir. *Santé mentale,* 86, p16.

2 Devers, G. (2012). Les droits des patients en psychiatrie. *Objectif soins,* 202,p 14.

Baillon, G. (2009). *Les usagers de la psychiatrie.*Toulouse : ERES.

Boucebci, M. (2000). La psychopathologie au regard de la culture in *Travail culturel de la pulsion et rapport à l'altérité,* sous la dir de Bendahman, H. Paris et Montréal : L'HARMATTAN.

Chabert, C. (1998). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach.* Paris : DUNOD.

Cherni, A. (2011). Abu Nasr Al Fârâbi, *Opinions des habitants de la société vertueuse, texte, traduction critique et commentaire.* Paris : Al BOURAQ.

Cherni, S. (2010). Culture et personnalité au Maghreb. *Journal des psychologues,* 277, 67-69.

Devers, G. (2012). Les droits des patients en psychiatrie, *Objectif soins,* 202, 14.

Douville, O. (2013). Politique de santé mentale en psychiatrie aujourd'hui : position d'un psychologue clinicien. *Psychologie clinique*

Fineltain, L. (1996). Actualité du syndrome borderline. *Bulletin de psychiatrie,* 3-1.

Freud, S. (1911). *Cinq psychanalyses*. Paris : P.U.F.

Freud, S. (1915). *Deuil et mélancolie in Métapsychologie*. Paris : Gallimard.

Freud, S. (1929). Malaise dans la civilisation in *Revue française de psychanalyse* (1934). t. VII, nË 4, 1934 et t. XXXIV.

Friard, D. (2004). Attacher n'est pas contenir. *Santé mentale,* 86, 16.

Ghorbal, M. (1980). La personnalité maghrébine : schéma théorique, application à la dépression grave. *Psychologie médicale*, t12, n4.

Ghorbal, M. (1981). La personnalité maghrébine ; Psychogenèse. *L'information psychiatrique,* vol 57, n4.

Morasz, L. (2002). *Comprendre la violence en psychiatrie.* Paris : DUNOD.