

Bientraitance
et psychiatrie :
une grande claque
aux idées reçues !



ACTES DU COLLOQUE
Mardi 22 mars 2011



FHP
CLINIQUES
PSYCHIATRIQUES
DE FRANCE

Colloque

« Bientraitance et psychiatrie : une grande claqué aux idées reçues ! »

Ordre du jour

Ouverture	2
Jacques GAYRAL	2
Président d'honneur de l'UNCPSY, psychiatre	2
Introduction	4
Philippe SVANDRA	4
Cadre de santé formateur/pôle formation centre hospitalier Sainte-Anne,	4
Maître de conférence associé Université Paris Est Marne-la-Vallée, Docteur en philosophie	4
Première table ronde :	8
Bientraitance : notion nouvelle, pratiques anciennes	8
Véronique GHADI	8
Chef de projet, service développement de la certification, Haute Autorité de la Santé	8
Josiane FARISSIER	8
Cadre de santé, clinique de Saint-Victor, Saint-Victor-sur-Loire	8
Laurent MORASZ	8
Psychiatre, psychanalyste, Directeur de l'Institut Anaxis Santé	8
Seconde table ronde :	22
Notre société est-elle bientraitante avec la psychiatrie ?	22
Nicolas FRANCK	22
Professeur des Universités-Praticien hospitalier en psychiatrie, Centre de réhabilitation (CH Vinatier) Lyon, CNRS et Université Lyon 1, Président de l'Association Francophone de Remédiation Cognitive (AFRC)	22
Claude FINKELSTEIN	22
Présidente de l'association FNAPSY	22
Patrick COUPECHOUX	22
Journaliste	22
Conclusion	36
Olivier DREVON	36
Président de l'UNCPSY	36

Olivier de LAGARDE

« *Bientraitance et psychiatrie : une grande claque aux idées reçues !* » est le titre donné à notre colloque. Je suis, pour ma part, journaliste à France Info et ravi d'être avec vous pour animer ce débat. C'est la cinquième année consécutive que les cliniques organisent un colloque, consacré aujourd'hui à la bientraitance en écho à l'année 2011 décrétée année des patients et de leurs droits. Aujourd'hui doit être voté à l'Assemblée nationale le projet de réforme sur les soins en psychiatrie sans consentement. J'invite Jacques Gayral, président d'honneur de l'UNCPSY, à ouvrir le colloque.

Ouverture

Jacques GAYRAL
Président d'honneur de l'UNCPSY, psychiatre

Actuel Président d'honneur de l'UNCPSY, j'étais le Président de cette association lors du premier colloque en 2006 organisé au Sénat qui traitait de la santé mentale en crise. J'espère que ce moment de réflexion dans ce cadre superbe sera profitable. Notre sujet est grave et sensible : c'est celui de la bientraitance en psychiatrie. Il fait écho à l'initiative des pouvoirs publics « *2011, Année des patients et de leurs droits* », initiative qui devrait être relayée par les médias avec une intensité à la mesure des enjeux.

Faut-il opposer bientraitance et maltraitance ? Nous y sommes spontanément conduits. Comme toujours en psychiatrie, il existe de nombreuses idées reçues. Nous tenterons de balayer images et stéréotypes concernant patients et soignants. Notre univers exaspère les craintes et peurs de notre société. Le terme de violence vient spontanément à l'esprit lorsqu'on parle de psychiatrie. Il y est souvent accolé à notre corps défendant car notre métier est le soin, qui diffère de la contrainte, même si cette dernière peut être indispensable.

Nous allons vous présenter les démarches mises en œuvre dans les établissements, nous interroger sur la relation patient/soignant et décrypter la place de la psychiatrie dans la société, en soulignant le rôle majeur des associations de patients qui accomplissent un travail remarquable. Nous allons interroger les professionnels de la psychiatrie, un représentant de la Haute Autorité de Santé, la Présidente de la FNAPSY que tout le monde connaît, un philosophe et un journaliste.

Les intervenants témoigneront dans les tables rondes de leur point de vue et de la manière dont la psychiatrie doit être bientraitante, sachant que la psychiatrie, par nature, ne peut qu'être bientraitante.

Ensuite, nous réfléchirons à la place que la société veut donner à la psychiatrie : notre société est-elle bientraitante envers la psychiatrie ? Pour ma part, sous le contrôle de mes collègues, je pense que cette société est plutôt maltraitante vis-à-vis de la psychiatrie. Nous souffrons d'un manque de considération de la part de nos concitoyens par méconnaissance et peur d'un milieu difficile à comprendre. Il est encore plus inacceptable de constater l'indifférence du monde politique et des administrations à notre égard. Parfois, leurs initiatives placent la psychiatrie au cœur des

contradictions de nos sociétés en la désignant comme responsable de bien de nos maux. Il n'est pas exclu que le Docteur Olivier Drevon, Président de notre organisation, conclut nos débats par un engagement sinon une charte de la profession sur le sujet qui nous occupe aujourd'hui.

Olivier de LAGARDE

Deux tables rondes rythmeront le colloque de cet après-midi. Les participants auront la parole durant chaque table ronde. Nous garderons du temps pour que vous, public, puissiez vous exprimer. Les témoins privilégiés installés au premier rang auront également le loisir de présenter leur expérience.

Nous accueillons tout d'abord Véronique Ghadi, sociologue de la santé à la Haute Autorité de Santé, auteur du *Rapport sur la maltraitance* publié en janvier 2010, et Josiane Farissier, cadre de santé à la clinique Saint-Victor-sur-Loire, établissement de taille moyenne comprenant 86 lits. Laurent Morasz est psychiatre, psychanalyste, directeur d'Anaxis Santé, institut de formation et recherche basé à Lyon, auteur de plusieurs ouvrages, dont *Le soignant face à la souffrance*, Directeur scientifique de la clinique du Littoral au Touquet, Directeur Général de la future clinique du Virval à Calais. Nous vous remercions d'être présents. Nous avons demandé à Philippe Svandra de nous présenter la notion de bienveillance en introduction au colloque.

Introduction

Philippe SVANDRA

**Cadre de santé formateur/pôle formation centre hospitalier Sainte-Anne,
Maître de conférence associé Université Paris Est Marne-la-Vallée, Docteur en philosophie**

Je vous remercie de m'avoir invité. Il est possible que mes propos paraissent iconoclastes à certains d'entre vous. En tant que soignant et formateur, je suis appelé à évoquer la question de la bientraitance – notion envers laquelle je suis quelque peu critique. Pour l'anecdote, je me rends compte que ce mot est nouveau puisque lorsque je le tape sur mon ordinateur, il est souligné en rouge. Mon logiciel de traitement de texte ne le connaît donc pas ! Il nous faut donc bien « *Trouver les mots pour le dire* ». Plus sérieusement, est-il seulement possible d'être opposé à la bientraitance ? En tout état de cause, les personnes qui militent pour la bientraitance le font avec légitimité. Il ne s'agit pas de mettre en doute le fait qu'elles veulent promouvoir le bien.

Il importe, selon moi, de nous arrêter cependant sur la signification des termes que nous employons. La philosophie ne consiste-t-elle pas à réfléchir au sens des mots ? En ce moment, nous devons peut-être nous indigner comme nous y invite Stéphane Hessel dans son récent ouvrage. Il y a certes des indignations plus importantes que d'autres, notamment au regard de l'actualité. Mais qu'une institution décide de remettre un prix intitulé *Du simple soin à la bientraitance*, et bien cela m'indigne. Une infirmière serait en droit d'expliquer que les notions de bientraitance et maltraitance supposeraient trois niveaux de soin : un soin maltraitant, un soin neutre et un soin bientraitant. Cette manière de voir les choses me semble pour le moins problématique.

Pascale Molinier explique « *qu'un travail intentionné ne peut être confondu avec une activité purement instrumentale. Il y a du care ou il n'y en a pas. L'être et le faire se confondent* ». Parler d'un soin bientraitant, n'est-ce pas redondant ? Au-delà de cet exemple, la question est bien de savoir si avec ce terme nous sommes face à une tentative louable de redonner du sens à notre activité, ou *a contrario*, face à une autre manière de continuer l'œuvre de rationalisation et de standardisation de l'activité soin.

Afin de tenter de répondre à cette question, je vous propose de procéder à une généalogie du soin. Michel Foucault parlerait d'archéologie du soin. Quelles sont les origines philosophiques du soin ? Pour ce faire, je ferai référence à Frédéric Worms, philosophe à l'université de Lille, qui a participé au numéro spécial de la revue *Esprit* consacré au soin en janvier 2006. Frédéric Worms y considère le soin comme « *toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même* ». Une généalogie du soin suppose alors de s'intéresser à ce « par égard ».

Marie-Françoise Collière, grand nom de la profession infirmière, a écrit un livre magnifique intitulé *Soigner, le premier art de la vie*. Elle y explique que de tout temps, l'homme s'est occupé des nourrissons, des personnes malades ou sur le point de mourir. On comprend ici que le soin va beaucoup plus loin que l'activité médicale. Giordano Luca a peint une toile intitulée *Le bon samaritain* sur le sentiment de l'homme face à la vulnérabilité d'autrui. Il y a bien en notre for intérieur quelque chose qui nous pousse plus ou moins facilement à prendre soin des personnes vulnérables, en souffrance ou qui simplement ne vont pas bien.

L'égard se manifeste d'abord par la vulnérabilité. Il faut admettre que les hommes sont vulnérables de manière ontologique : l'homme est fragile par nature, et cela de la naissance à la mort. Hans

Jonas, dans « *Principe Responsabilité* », explique que la responsabilité de l'homme aujourd'hui doit s'étendre aux générations futures, il parle à ce sujet d'une heuristique de la peur. Il insiste cependant dans la première partie du livre sur une autre responsabilité, celle des parents vis-à-vis des enfants. Il écrit ainsi : « *La simple respiration du nouveau-né adresse un « on doit » irréfutable à l'entourage, à savoir : qu'on s'occupe de lui* ».

Dans la revue *Esprit* déjà citée, le philosophe de Bordeaux, Guillaume Le Blanc généralise cette vulnérabilité en affirmant que « *la précarité d'une vie commençante implique la précarité de la vie humaine et par suite la précarité du lien d'humanité* ». Le philosophe Emmanuel Levinas, ne disait-il pas « *aimer, c'est craindre pour autrui, craindre pour sa faiblesse* ».

L'égard consiste aussi à soigner d'abord par amour, pour ses enfants ou ses parents âgés, ceux qu'on aime. Les Grecs utilisaient cependant trois mots pour désigner l'amour, *eros*, *philia* et *agapé*. Nous reviendrons ultérieurement sur le désir (*eros*), mais nous pouvons convenir que nous soignons parfois par amitié (*philia*). Gérard Reach pense d'ailleurs dans son dernier livre, *Une théorie du soin*, que la base de l'éthique médicale se trouve justement dans la *philia*. L'*agapé*, troisième terme, symbolise le dévouement inconditionnel pour ses semblables, qui sera traduite en latin par *caritas* (charité). Durant de nombreux siècles, on a ainsi soigné par charité, comme le révèlent le nom des hôpitaux au Moyen-âge : Hôtel Dieu, La Pitié, la Charité, etc.

En philosophie, nous parlons également de sympathie, dont le sens n'a que peu à voir avec la définition actuelle du terme. C'est un sentiment que deux philosophes anglais ont mis en lumière. David Hume considérait que la sympathie existait grâce au partage des passions entre les hommes : « *il est certain que ce sont nos sentiments, et non la raison, qui distinguent le bien et le mal en morale* ». Selon Adam Smith, les instincts altruistes dotent l'homme d'un sens moral inné qui permet à celui-ci de vivre en société.

De ce point de vue, compassion (souffrir avec) est la traduction de sympathie en latin. Max Scheler a évoqué le concept de compassion dans *Nature et formes de la sympathie* de la manière suivante : « *Compatir, c'est souffrir de la souffrance d'autrui, en tant que d'autrui. Dans aucun cas, il n'est question d'une fusion affective ou d'une identification quelconque avec autrui, d'une fusion affective ou d'une identification de ma souffrance avec la sienne.* » Il ne s'agit pas de souffrir de la souffrance d'autrui, mais d'imaginer la souffrance d'autrui. Aujourd'hui, nous parlerions plutôt d'empathie.

Jean-Jacques Rousseau, lui, a placé un sentiment aujourd'hui dévalorisé – la pitié – au centre de son système philosophique. C'est un sentiment humain dont la source est la « *répugnance innée à voir souffrir son semblable* ». Le philosophe des Lumières affirme : « *quand la force d'une âme expansive s'identifie avec mon semblable, et que je me sens pour ainsi dire en lui, c'est pour ne pas souffrir que je ne veux pas qu'il souffre ; je m'intéresse à lui pour l'amour de moi.* » L'amour de soi et la pitié se situent au centre de la morale de Jean-Jacques Rousseau.

Emmanuel Kant ne pouvait accepter que la morale, comme forme de souci d'autrui, soit fondée sur des sentiments si fragiles et surtout si contingents, c'est-à-dire qui pourraient ne pas être. Pour cette raison, la seule relation qui est moralement possible doit venir de la raison. Elle s'appelle alors le respect. Nous pourrions ainsi soigner par respect à l'égard de notre semblable.

Le mot de respect vient du latin *respectus*, terme qui signifie se retourner pour regarder derrière soi, comme si la présence d'autrui m'interrogeait et m'amenait à me retourner sur lui. De cette manière, la politesse est le premier acte de respect. C'est un sentiment particulier qui s'adresse non à l'*alter*,

mais à *l'ego*. Le respect vise à reconnaître la part d'humanité dans chaque personne. De ce point de vue, Emmanuel Kant permet de penser le soin de manière professionnelle. Le minimum exigible (notamment par exemple la Haute Autorité de Santé) serait ainsi le respect, c'est-à-dire l'impératif qu'il y a de considérer autrui comme une personne.

Nous pourrions aussi critiquer le respect, qui provoque d'une certaine manière une distance. Considérer autrui comme une part de l'humanité ne signifie pas le considérer dans sa singularité. Alexandre Jollien, philosophe et handicapé, auteur du *Métier d'homme*, trouvait que le respect pouvait, dans certaines conditions, représenter une forme limite de maltraitance. Ce propos est provocateur, mais tenir en respect, n'est-ce pas aussi s'éloigner de l'autre ?

Paul Ricoeur, grand philosophe qui a beaucoup écrit sur la médecine, a utilisé le concept de sollicitude, intermédiaire entre le respect et la compassion : « *Il s'agit de faire entendre la voix de la sollicitude, qui demande que la pluralité des personnes et leur altérité, leur singularité, ne soient pas oblitérées par l'idée englobante d'humanité.* ». De même, Didier Sicard posait la question suivante sur ce sujet : « *Comment faire percevoir pour celui qui souffre qu'il est quelqu'un pour celui qui le soigne ?* ».

Le terme de sollicitude serait peut-être le plus adéquat des termes pour caractériser la relation de soin, car *sollicitudo* et *cura* signifient tous deux également sollicitude et soin, mais aussi souci pour l'autre. *Sollicitudo* sera plus volontiers traduit par sollicitude tandis que *cura* gardera ses deux sens de cure et de *care*, c'est-à-dire un synonyme de soin et souci.

Quant à ce terme de *care* il n'est pas facile à traduire en français. Pour l'anecdote Martine Aubry a d'ailleurs parlé d'une société du *care*. Il faut savoir qu'en anglais, ce terme a une dimension perceptive et une dimension active. La dimension perceptive suppose de se soucier, de faire attention à, etc. Cependant, le *care* est aussi un travail consistant à prendre soin de quelqu'un. Traduire comme le font les québécois « éthique du care » par « éthique de la sollicitude » c'est priver cette notion de sa dimension active. Il suffit pourtant d'être professionnel de soin, d'avoir été malade ou d'avoir pris soin d'un proche malade pour comprendre ce que désigne le terme de *care*.

Jean-Baptiste Pussin, qui peut apparaître comme le premier infirmier psychiatrique, s'est occupé des « aliénés » (comme on les désignait à l'époque) à l'hôpital de Bicêtre dans les années 1880. Marie Didier dans son ouvrage *Dans la nuit de Bicêtre* décrit ce travail humble mené par Jean-Baptiste Pussin qui a bouleversé la psychiatrie au XVIIIe siècle et pourrait s'apparenter au travail du *care*. Cependant, le *care* ne fait jamais beaucoup de bruit. Pour preuve, l'histoire a reporté sur Philippe Pinel l'image du bienfaiteur de l'humanité, celui qui supprime les chaînes des aliénés. À l'entrée de l'Hôpital de la Salpêtrière une statue représente ainsi Philippe Pinel enlevant les chaînes aux aliénés, oubliant toutefois au passage le modeste Jean-Baptiste Pussin.

Le *care* consiste à faire preuve d'une certaine compréhension de ce qui importe pour la personne, par exemple que le verre d'eau soit sur la table de nuit. Le *care* ne vise pas à répondre à un ensemble de besoins que l'on pourrait lister et prendre en charge automatiquement. Il requiert une grande compétence qui se traduit par une sensibilité active à l'autre, une perception fine de ses attentes.

A contrario, la bientraitance n'est-elle pas une vision standardisée du soin ? J'en ai bien peur. Dans le dernier référentiel de la Haute Autorité de Santé, les critères de bientraitance figurent dans le chapitre consacré aux droits des malades. La Haute Autorité de Santé ne favorise-t-elle pas ainsi une vision réglementaire de la relation soignés/soignants ? La bientraitance ne risque-t-elle pas de

devenir une pratique objectivable standardisée dont l'avantage est évident : permettre une évaluation quantitative supposée objective. Or la bientraitance ne peut être réduite à une série de tâches.

Beaucoup d'études le montrent, les malades se plaignent du manque de sollicitude, c'est-à-dire de *care*, au même titre que les soignants. La voie qui permettrait de faire évoluer les pratiques est moins à chercher dans une formalisation excessive des pratiques, que dans une réflexion sur le travail du soin. Pascale Molinier a effectué des travaux essentiels dans ce domaine en affirmant notamment : « *Ce dont les soignants auraient besoin, c'est moins de nouvelles normes issues du monde formalisé de la qualité que d'une réflexion éthique, collective sur le soin, gage d'une culture soignante enfin partagée.* ».

Je voudrais terminer mon intervention par deux citations. Je commencerai par Frédéric Worms, qui s'inquiète de la recherche de nouveaux termes alors que nous disposons de celui de soin : « *Ce qui fait la force de l'idée de soin aujourd'hui, pourrait bien être aussi ce qui en fait la fragilité, au point que l'on doit prendre soin de cette idée elle-même, prendre soin de l'idée de soin, de ne pas la laisser se confondre avec d'autres, se compliquer par des contresens inutiles, comme s'il y avait une clinique des idées ou une clinique des concepts.* ». Ne faudrait-il pas prendre soin de l'idée de soin ?

Stanley Cavell, philosophe américain, explique pour sa part dans son ouvrage *A la recherche du bonheur* que : « *Sans cette confiance en notre expérience qui s'exprime par la volonté de trouver les mots pour le dire, nous sommes dépourvus d'autorité dans notre propre expérience.* ».

Pourquoi avons-nous eu besoin d'un mot qui ne vient pas de notre culture soignante alors que nous disposons de tous les termes dont nous avons besoin ? C'est peut-être un peu de notre faute, par manque de confiance en nous.

En conclusion, je ne suis évidemment pas opposé au terme bientraitance par principe, mais il faut être vigilant vis-à-vis des termes que nous employons. Il faut certes être ouvert aux autres, mais aussi savoir défendre parfois notre culture soignante.

Première table ronde : **Bientraitance : notion nouvelle, pratiques anciennes**

Véronique GHADI

Chef de projet, service développement de la certification, Haute Autorité de la Santé

Josiane FARISSIER

Cadre de santé, clinique de Saint-Victor, Saint-Victor-sur-Loire

Laurent MORASZ

Psychiatre, Clinique du littoral – Clinique du Virval (62)

Directeur de l'Institut Anaxis Santé

I. Présentation des exposés

Olivier de LAGARDE

Véronique Ghadi, vous n'êtes pas forcément d'accord avec la vision de Philippe Svandra. Comment définiriez-vous le soin ?

Véronique GHADI

Je ne suis pas totalement éloignée du point de vue de mon collègue, même s'il y a une polémique autour du terme de bientraitance. Je rejoins Philippe Svandra sur le fait que l'on ne peut normaliser la bientraitance et définir a priori de bonnes pratiques de bientraitance. À l'origine, la Haute Autorité de Santé s'est saisie de la question de la « maltraitance ordinaire » dans les établissements de santé. À l'origine du projet on retrouve la réflexion de professionnels de la Haute Autorité de Santé en charge de l'évolution de la certification : l'analyse des lettres écrites par des usagers à la HAS montrait une divergence entre le vécu des patients et de leurs proches d'une part et ce que la procédure de certification mettait en exergue comme point fort ou point faible de l'établissement, d'autre part. Le choix a alors été fait de repartir du vécu et des témoignages des patients afin de mieux comprendre leur appréhension de la réalité des établissements de santé et envisager une intégration de nouvelles dimensions dans les critères de la certification, afin de faire entrer le point de vue expérientiel des usagers dans la certification. Je tiens à préciser que je n'étais pas encore à la Haute Autorité de Santé lorsque le projet est né, par contre je suis l'auteure de ce travail avec Claire Compagnon

Nous avons analysé des lettres de plaintes mais également des récits d'hospitalisation. Nous avons également mené des entretiens auprès de personnes malades et/ou de leurs proches. A cette occasion, nous ne demandions pas aux patients de décrire des actes de maltraitance, mais de raconter leur hospitalisation. Or nous avons identifié un certain nombre de dimensions de la maltraitance ordinaire – celle qui ne se traite pas devant les tribunaux, alors qu'elle provoque de la souffrance chez les patients, en raison d'un séjour mal vécu par le malade ou les proches. Les proches sont aussi des personnes potentiellement maltraitées par l'établissement de santé.

Je propose de livrer trois exemples pour illustrer la maltraitance ordinaire. Le premier concerne une femme qui a souffert d'une allergie à un médicament suite à une petite anesthésie. La femme suite à une expérience précédente attribuait l'allergie au produit qui lui avait été injecté. Le médecin a commencé par nier cette imputation, avant de la reconnaître suite à des tests biologiques. Le malentendu entre cette femme et les soignants a continué : ils refusaient de lui donner le traitement qu'elle réclamait, sous prétexte que le protocole en prévoyait un autre. La patiente a eu beau faire valoir son expérience, en matière de traitements qui la soulageaient, il lui a fallu attendre 48 heures avant que les soignants ne cèdent et lui donnent le médicament tant attendu. Au-delà de l'inconfort majeur dans lequel cette femme a été plongée, cet exemple illustre l'absence d'écoute du patient et la négation de son expertise.

J'en viens à mon second exemple : les déprogrammations/reprogrammations des soins. La réalisation d'exams complémentaires, de quelque nature qu'ils soient ; peut être source d'angoisse pour certains patients particulièrement vulnérables : les enfants, les personnes âgées dépendantes ... L'entourage va alors s'organiser pour être présent. Or plusieurs personnes ont raconté leur venue pour accompagner et rassurer leur proche à l'occasion d'un soin. Arrivées à l'heure du rendez-vous, elles n'ont pu que constater que le soignant était parti car l'examen avait été avancé d'une heure. L'entourage a le sentiment d'être mis à distance.

Enfin troisième exemple, les scènes de recueil des selles et des urines pour des examens donnent lieu à des témoignages édifiants de la part des patients, qui montrent des pratiques réellement humiliantes.

Ces témoignages ont eu pour conséquence la définition d'un critère de certification. Ce sujet est désormais mentionné comme une thématique des établissements de santé et des professionnels. Les outils pris aujourd'hui permettent la réflexion, l'échange, la pluridisciplinarité, la réintégration des pratiques, etc.

La bientraitance ou la prévention de la maltraitance doit se penser au niveau de l'organisation de l'établissement de santé, et au-delà. Ainsi la Haute Autorité de la Santé a une responsabilité dans les injonctions données aux professionnels sur les politiques de bientraitance.

Olivier de LAGARDE

La bientraitance est-elle du savoir-être ou du savoir-faire ?

Véronique GHADI

Il s'agit d'une posture. Le terme d'autonomie du patient doit être intégré à la notion de promotion de la bientraitance. C'est une posture de considérer que l'autre est un citoyen avec des choix, une vie, un entourage et des droits. Le lien avec les droits du patient n'est pas une vision juridique, mais une vision concrète des droits. Un certain nombre de droits ont été énoncés pour le malade. L'enjeu consiste à faire vivre ces droits de manière effective et respectueuse.

Le droit à l'information peut être considéré comme une source de maltraitance pour les patients. L'absence d'information existait auparavant, mais les modalités d'information peuvent également être une source de maltraitance. Par exemple, à l'occasion d'une hospitalisation pour un bilan pré-greffe pour une petite fille, sa mère raconte une première rencontre avec un médecin expliquant les risques et conséquences de la greffe pour sa fille, de manière brutale, entre deux portes. Le

lendemain, elle rencontre un autre médecin qui lui demande ce qu'elle a compris de la première explication. Face à la confusion de la mère, le deuxième médecin reprend la même explication en étant assis dans un bureau, au cours d'un échange, en écoutant la mère de la patiente partager ses angoisses. Elle est ressortie de cet entretien avec le même niveau d'information que celui qui lui avait été donné la veille, mais cette fois-ci, elle avait le sentiment d'être en possession de toutes les informations nécessaires, sentiment qu'elle pouvait agir aussi – un sentiment qu'elle n'avait pas eu à l'issue de la première explication.

Olivier de LAGARDE

Josiane Farissier, comment le soin se pratique-t-il concrètement ?

Josiane FARISSIER

Avant toute chose, permettez-moi de dire combien j'ai apprécié les deux précédentes interventions. En ce qui me concerne, j'expliquerai comment nous travaillons quotidiennement avec nos patients, ainsi que l'usage intelligent que nous pouvons faire du référentiel. Je défendrai l'idée selon laquelle un soignant est mieux-traitant lorsqu'il est bien traité en tant que salarié. Et bien traiter quelqu'un en tant que salarié suppose que le respect des individus, qu'il s'agisse des personnes soignées ou des personnels soignants, soit un aspect essentiel du règlement intérieur des institutions.

A la clinique, nous écrivons en en-tête de chaque projet qu'il convient d'avoir du respect pour les individus. Un système de fiches dites « incidents » permet à chaque salarié de signaler tout dysfonctionnement de manière à ce que tout problème soit traité rapidement. En effet, une simple ampoule grillée dans la salle de bain d'un patient peut faire émerger de l'agressivité, du stress de l'angoisse voire de la violence. Le traitement des événements indésirables permet de travailler sur chaque situation de soin. Notre établissement est une petite structure. De ce fait, nous avons la possibilité de réunir quotidiennement l'encadrement avec les médecins et la direction, et ce du lundi au vendredi. A cette occasion, chaque événement relevé par un soignant ou une personne de ménage ou un médecin donne lieu à un échange. Ce sujet nous amène à travailler sur les actes accomplis, et le sens que nous nous efforçons d'y donner.

Olivier de LAGARDE

Vous avez rédigé une charte à l'intérieur de votre établissement. Avez-vous le sentiment d'être aidée par cette formalisation ?

Josiane FARISSIER

Oui. La charte stipule que la clinique emploie exclusivement du personnel formé à ses fonctions, dans le respect des fonctions de chacun. De ce fait, la femme de ménage n'entre pas dans la salle de soin, l'aide-soignante n'entre pas dans la pharmacie, etc. Nous respectons les fonctions de chaque salarié. Le personnel est formé, puis suit des formations de manière continue car la formation de base est insuffisante. La psychiatrie a évolué en trente-cinq ans, depuis le début de ma carrière. Il est essentiel de mettre en place une démarche de formation et d'information régulière et permanente. J'ai lu récemment le rapport de Véronique Ghadi qui me servira de base de discussion avec les soignants pour travailler sur le terme de la maltraitance.

Olivier de LAGARDE

Quels sont les autres points essentiels de votre intervention ?

Josiane FARISSIER

En psychiatrie, une des formes de maltraitance provient de la restriction des libertés.

Olivier de LAGARDE

Laurent Morasz, comment définiriez-vous la bientraitance ?

Laurent MORASZ

Pour commencer, il me semble important de préciser qu'à mon sens la bientraitance est une *position*, et pas une *posture* et que justement, le principal facteur pouvant amener à la maltraitance est l'absence ou le blocage d'une fonction très particulière en psychiatrie : la *fonction* de **bientraitance psychique**, base et support de la *position* de bientraitance.

Je m'explique. La notion de bientraitance renvoie à la question du bien-traiter. Et cette question du bien-traiter peut s'entendre de deux manières. Elle peut d'abord s'entendre sous l'angle de la « bonté » de l'empathie et de l'humanisme. Dans cette optique, nous avons ainsi à être des soignants « bons ». Mais cette question du bien traiter peut aussi s'entendre sous l'angle de bien « traiter » au sens thérapeutique du terme. Il ne s'agit plus alors d'être des soignants « bons » mais de BONS soignants au sens de la compétence et de l'efficacité, et ce n'est pas tout à fait la même chose...

Il est en effet possible d'être un soignant « bon » au sens de la bonté sans être un BON soignant au sens de la compétence et de l'efficacité. Or cette efficacité et cette compétence soignante c'est ce que viennent avant tout chercher nos patients auprès de nos institutions de soins. Bien plus encore c'est cette compétence soignante qui légitime notre fonction et notre existence même. Une bienveillance – au sens de la bonté – sans une compétence sous-jacente ne serait finalement qu'une position d'usurpation bien peu pertinente en terme de morale mais aussi de santé publique.

Ainsi, être un bon soignant c'est avant tout répondre à ce que viennent chercher les patients dans nos lieux de soins : à savoir un lieu d'accueil, de dépôt et de traitement de leur souffrance. Or, en psychiatrie, la souffrance dont il s'agit c'est d'abord celle qui relève de la souffrance psychique et de la douleur morale. Le rôle du soignant en psychiatrie est donc d'accueillir, de repérer et de mettre en travail cette souffrance psychique. La question qui se pose alors est de savoir où et comment ce soignant va accueillir cette souffrance psychique et cette douleur morale ?

En effet, le travail d'accompagnement des équipes nous montre bien que cette souffrance, le soignant va l'accueillir non pas dans une clinique, non pas dans un hôpital, non pas dans une chambre, mais dans un espace psychique commun entre le patient et lui dont l'outil principal est le propre appareil psychique du soignant. Et c'est justement ceci qui fait la spécificité de la psychiatrie. En psychiatrie, le soignant n'est pas l'artisan qui utilise les différents outils du soin. En psychiatrie, le soignant est en lui-même, dans ce qu'il est au plus profond de lui, l'outil principal du soin.

C'est en ce sens que la position soignante en psychiatrie est extraordinaire. Elle est extraordinaire en ce qu'il n'y a rien d'ordinaire à accueillir au quotidien, et en soi, la souffrance de l'autre avec son lot de douleur et de potentiel désorganisateur, au lieu de s'en défendre tout simplement en la laissant à distance. Car le premier mouvement face à la souffrance est NATURELLEMENT de s'en protéger.

En répondant à l'appel au lien du patient souffrant, le soignant va en effet être confronté à une véritable violence. Une violence d'identification d'abord par le réveil potentiel en lui d'affects anxieux ou dépressifs d'autant plus analogues de ceux du patient qu'ils sont présents en chacun d'entre nous à des degrés variables en fonction de notre histoire et du moment de vie dans lequel nous nous situons. Mais le soignant en psychiatrie va également être confronté à une violence de « contagion » par les mouvements d'identification projective propres à certaines configurations psychiques.

Je m'explique. Dans certaines situations cliniques, le patient ne va pas se contenter d'exprimer sa souffrance par une plainte morale. Il va, par un mécanisme psychique assez archaïque, faire vivre aux soignants un malaise intense, gênant, en quelque sorte à la place du patient. Les soignants vont ainsi se sentir mal sans arriver le plus souvent à mettre de mots sur leur ressenti ni à comprendre ce qui leur arrive.

Nous voyons donc que la position de BIENTRAITANCE des soignants en psychiatrie les amène à se positionner au plus près du psychisme des patients, en y engageant leur propre psychisme et donc à – potentiellement – subir en retour une forme de SOUFFRANCE voire de VIOLENCE PSYCHIQUE qu'ils vont avoir à gérer. Et les conditions et la nature de la gestion de cette violence psychique vont être fondamentales pour la qualité de soin.

Je pense donc que la bientraitance en psychiatrie ne passe pas tant par des actions positives à mettre en place à destination des patients, que par la prise en compte de la maltraitance psychique naturelle que subissent les soignants dans leur exercice quotidien. Car c'est le plus souvent de la non-prise en compte de cette maltraitance du soin sur le psychisme des soignants que naissent les conditions d'un repli des soignants sur des positions défensives qui vont justement faire le lit de situations de maltraitance sur les patients.

Les équipes en souffrance passant alors par différents stades défensifs générant des conduites de maltraitance de gravité croissante :

- Dans un premier temps elles continuent à écouter le patient, en maintenant une position d'empathie et d'ouverture psychique, mais ne parviennent plus à transformer la souffrance que le patient a déposé (on peut dire dans ce cas que les équipes écoutent mais n'entendent plus). Nous nous situons ici au premier stade de maltraitance psychique qui est la non-bientraitance psychique.
- Dans un second temps, c'est la fonction d'accueil même qui va être malmenée. Nous aboutissons ainsi à une équipe qui non seulement n'entend plus le sens de la souffrance mais ne l'écoute plus pour mieux s'en protéger. Nous nous situons au second stade de maltraitance psychique qui se caractérise par des situations de maltraitance passive.
- Dans un troisième temps, et c'est là que les dérapages sont possibles, l'équipe ne se contente plus de se protéger de son envahissement par la souffrance des patients. Elle génère en elle-même une souffrance propre qui va entraîner des configurations

psychopathologiques individuelles et groupales sources d'un certain nombre d'incidents. En quelque sorte l'équipe devient malade et n'a plus besoin des malades pour souffrir... Nous nous situons ici au dernier stade de maltraitance psychique qui se caractérise par des situations de maltraitance active.

Arrivé au stade de notre réflexion, il me semble important de préciser que malheureusement, il n'existe parfois aucune corrélation entre l'état de dégradation plus ou moins avancée des qualités soignantes d'une institution et les conclusions de la visite de certification qui la concerne. Au jour d'aujourd'hui il est donc possible d'avoir une bonne image, de répondre aux impératifs de contrôle et de démarche qualité, tout en étant engagé sur le FOND et sur la FORME dans des dynamiques de maltraitance psychiques croisées au combien délétères.

Il est donc fondamental que les réflexions autour de la bientraitance se développent encore plus dans nos établissements en y intégrant – plus que dans toute autre spécialité encore – les dimensions cliniques du soin quotidien par la mise en réflexion de cette notion particulière et complexe qu'est la bientraitance psychique. Mais nous pourrons y revenir dans la discussion.

Pour finir, je voulais juste dire quelques mots sur quelques points très importants dans la promotion d'une position de bientraitance psychique en psychiatrie. Comme nous l'avons vu, cette position est une position « travaillée ». Elle requiert donc un triple soutien ; un soutien en terme de formation, un soutien en terme d'organisation fonctionnelle et un soutien en terme de conceptualisation.

En terme d'organisation fonctionnelle d'abord.

La confrontation quotidienne à la souffrance nécessite une organisation du soin prenant en compte cet invariant dans sa structure même. Ainsi alors même que dans tous les blocs opératoires de France la check-list pré-opératoire se met en place, comment peut-on soutenir que dans certains établissements il n'existe plus aucun espace de supervision ou d'analyse de la pratique pour les soignants ? Dans ces conditions comment demander aux soignants de se risquer à la confrontation psychique et à la proximité contagieuse de la souffrance si aucun dispositif ne prend soin d'eux ?

Ces espaces d'élaboration des pratiques sont d'autant plus importants que parfois certaines équipes débordées par certains patients se sentent « mauvaises » alors même que justement, ce débordement – temporaire- ne témoigne que d'une chose : de la qualité de leur engagement soignant qui les amène à accueillir en leur sein la problématique complexe d'un de leurs patients. Et que c'est justement à partir de ce débordement que l'élaboration d'un soin possible pourra advenir. Dans ces situations l'équipe accueille en effet dans son propre espace psychique ce que le patient n'a pu lui-même contenir et qu'il a alors projeté sur l'espace soignant. La non-élaboration de ces positions amène invariablement l'équipe sur le chemin de la maltraitance quand elle reste débordée, ou sur le chemin de l'agressivité et de la violence quand la problématique psychique est renvoyée au patient sans autre forme d'élaboration.

Nous avons donc une responsabilité collective dans la réintroduction et/ou dans la consolidation d'espaces adaptés d'élaboration des pratiques au sein de nos établissements pour promouvoir et pour permettre le maintien dans la durée de positions soignantes bientraitantes malgré la difficulté et le potentiel désorganisateur intrinsèque de notre métier. Car comme nous l'avons vu, contrairement à d'autres spécialités où le soignant est l'artisan qui utilise les outils du soin, en psychiatrie, le soignant est lui-même l'outil du soin. Lorsque le soignant « accueille » la souffrance du patient, il accueille en lui l'incontenable, c'est-à-dire la maladie : cela signifie que le soin en lui-même est maltraitant pour les soignants. Le maintien de la bientraitance psychique du personnel et du

dispositif dépend avant tout de notre capacité à soigner nos équipes, de la capacité à aider nos équipes à maintenir cette position de bientraitance psychique, qui est tout sauf naturelle.

Parallèlement à ces efforts fonctionnels des efforts sont également à faire en terme de formation

La culture soignante en psychiatrie est une culture de tradition essentiellement orale dont la transmission a été rendue difficile ces dernières années par la transformation de certaines formations soignantes qui a parfois fragilisé la culture commune psychiatrique des jeunes professionnels.

Le travail de bientraitance à l'égard des équipes passe donc probablement par un effort particulier en terme de formation continue afin d'aider les professionnels à améliorer leur pratique. Une bonne formation aux techniques d'entretien ou un module d'approfondissement psychopathologique ont en effet très souvent des effets directs sur les capacités de bientraitance des équipes. La position de bientraitance est en effet globale, constituée d'une multitude de petits points de contacts bientraitants qui s'exercent bien entendu dans les moments structurés de soins tels que les entretiens ou les ateliers thérapeutiques. Mais c'est aussi au cours de tout ce quotidien que l'on nomme l'interstitiel que ce déploie la position de bientraitance.

Ce dernier point nous rappelle toute l'importance du travail de conceptualisation des pratiques que nous avons encore à opérer. Cette conceptualisation repose sur le renforcement du travail scientifique autour de nos pratiques. Et on ne peut que souligner l'aide que les Cliniques de France nous apporte actuellement dans ce domaine.

Mais cette conceptualisation concerne aussi celle du concept théorique de bientraitance psychique sur laquelle nous réfléchissons ensemble aujourd'hui. Car c'est en appui sur cette théorisation collective que nous pourrons construire au sein de nos établissements des politiques et des dispositifs globaux, organisés et réfléchis et suffisamment denses pour répondre à la complexité de l'enjeu qui se présente à nous. C'est de l'ensemble de ces actions que naîtront des pratiques renouvelées et consolidées. Car s'il n'y a pas de bientraitance sans bon soin, il n'y a pas de bon soin sans bons soignants, et il n'y a pas non plus de bons soignants sans institution bientraitante à leur égard.

Véronique GHADI

Comme Philippe Svadra tout à l'heure, je souhaiterais m'indigner à mon tour. Je suis très frappée de ce que dans le débat sur la bientraitance et la maltraitance, le sujet évolue très rapidement vers la question des conditions de travail des professionnels. C'est une des dimensions et nous l'avons prise en compte à la HAS. Mais je reste surprise de constater dans tous les lieux où nous débattons du sujet de la bientraitance, le patient, ses désirs, ses besoins, etc., sont mis de côté pour parler de bientraitance des professionnels et cela me met parfois en colère.

Bien évidemment, ce sujet suppose d'aborder la situation des professionnels. La Haute Autorité de Santé travaille sur la qualité de vie au travail, thématique parallèle qui repose sur les mêmes ressorts de collectifs, de réflexion autour du sens, du respect de l'autre ... La HAS ne publiera pas de check-list des actions de bientraitance et de la qualité de vie au travail. Ce type de recommandations ne fonctionne pas nécessairement, même au bloc opératoire. Nous attendons surtout un changement culturel des soignants. La création d'espaces de débat, la suscitation d'échanges, sont nécessaires pour assurer la bientraitance des patients.

Laurent MORASZ

Alors nous ne nous sommes pas compris. En effet, je n'ai pas parlé des professionnels pour eux mais avant tout pour les patients dont la première attente est de trouver face à eux de « bons » soignants, qui s'engagent réellement. La fonction de bientraitance psychique en psychiatrie nous oblige de facto à « fournir » aux patients des soignants bien traitants d'un point de vue du travail psychique à opérer. Quand je parle de la bientraitance des soignants, je parle de la bientraitance de la fonction de « bientraitance psychique » fournie par les soignants à destination des patients. Et cette fonction de « bientraitance psychique », base du soin en psychiatrie, c'est cela que les patients viennent avant tout chercher dans nos institutions !

Josiane FARISSIER

La bientraitance des patients commence par la bientraitance des soignants. Je partage le point de vue de Laurent Morasz sur ce sujet. Etant expérimentée, je redoute que nous perdions le sens du travail de l'infirmier psychiatrique. Prendre soin d'un patient en psychiatrie et s'occuper d'une personne en bloc opératoire sont deux choses très différentes. La position du soignant ne saurait être la même dans les deux cas.

Nous organisons une réunion d'information à la clinique qui permet d'expliquer le règlement, la charte des droits, la responsabilité des soignants, etc. Nous n'irons pas loin si nous ne faisons que présenter aux patients le règlement et la charte du patient, les règles d'hospitalité, etc. Pourtant, il est essentiel que le patient comprenne le cadre dans lequel il évolue si l'on veut être bien traité et travailler de manière sereine. Certains patients de la clinique ne feront pas grand-chose de la charte. Lors des réunions animées par un aide-soignant et une infirmière, nous prenons le temps d'écouter les patients, ce qui suppose d'être relativement nombreux.

Olivier de LAGARDE

Faut-il opposer bientraitance et productivité ? La bientraitance dépend-elle uniquement des moyens ?

Josiane FARISSIER

Pas uniquement, car cela ne coûte rien de dire bonjour. Cependant, la maltraitance est évidente dans une institution qui accueille 80 personnes âgées, mais compte une seule infirmière intérimaire qui ne connaît ni les services ni les personnes dont la moitié ont oublié leur nom. En outre, cette intérimaire ne restera que 24 heures dans cet établissement, avant d'être remplacée dès le lendemain par un autre intérimaire qui ne connaîtra pas davantage les patients.

Laurent MORASZ

Nous sommes moins confrontés à un problème de moyens que d'organisation des moyens. Il faut s'appuyer sur une conceptualisation du soin suffisamment solide afin de bien organiser les moyens. La psychiatrie est en crise de cette conceptualisation.

Véronique GHADI

La bientraitance est aussi une question de moyens mais pas seulement. De nombreux sujets peuvent être déjà travaillés en termes d'organisation. Une politique de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance ne peut se résumer à un service. Elle commence déjà avec l'environnement de l'établissement, de missions que nous lui demandons, de la cohérence de ces missions, des moyens alloués, des règles en cours, de marge de manœuvre ... Nous devons repartir du point de départ.

Josiane FARISSIER

Nous pourrions revenir sur la formation des infirmiers psychiatriques, qui manque de sens.

Laurent MORASZ

La réaction de Véronique Ghadi est intéressante. Je me suis demandé si j'ai davantage parlé des professionnels que des patients. Nos équipes sont parfois heurtées par la « pression » autour de ces notions de bientraitance et maltraitance. Peut-être faut-il plus rattacher ces réflexions à ce qui fonde le cœur du soin.

Véronique GHADI

La Haute Autorité de Santé s'est interrogée sur l'opportunité de publier ce rapport relatif à la maltraitance, redoutant des réactions de rejet de la part des professionnels. C'est globalement le contraire qui s'est produit. Il a été favorablement accueilli par les professionnels qui se sont réjouis d'en parler, contre toute attente.

Laurent MORASZ

Je parle de la réaction des équipes qui peuvent se sentir interpellées. D'après mon constat, nous demandons aux équipes de se recentrer sur le cœur du soin. Interrogeons-les sur ce qu'elles sont disposées à mettre en œuvre pour être de bonnes équipes soignantes. Dans ce contexte, je suis convaincu que tout le monde est prêt à réfléchir à ce qu'être un bon soignant signifie. C'est structurellement la colonne vertébrale de notre métier, qui donne une dimension clinique à ces échanges.

Olivier de LAGARDE

Quel est votre point de vue sur ce sujet ? Le rapport a-t-il exercé une pression sur les équipes ?

Josiane FARISSIER

Non. Nous n'avons pas mis en place de comité de bientraitance. Nous préférons traiter ce sujet au quotidien. Les soignants participent à une supervision par mois. Les deux cadres infirmiers organisent une réunion soignants toutes les six semaines. Ces réunions sont l'occasion de débattre et de donner du sens à notre activité. Nous sommes dans le soin pour bientraiter ou traiter bien, ce

qui suppose de mettre du sens à ce que nous faisons. Cependant, il n'est pas possible de mettre du sens dans sa pratique lorsque celle-ci consiste à faire vingt-cinq toilettes par matinée.

Olivier de LAGARDE

Comment peut-on aborder la question de la contrainte et de la contention lorsque nous parlons de bientraitance ?

Josiane FARISSIER

Par moment, contenir relève de la bientraitance si la contention est bien expliquée. La contention est procédurée dans notre clinique. Elle est pratiquée sous prescription médicale, et donne lieu à une surveillance particulière. Nous ne pouvons donner du sens à une contention que lorsque nous pouvons négocier le bénéfice risque avec le patient. Nous pensons qu'il peut être bon pour le patient d'être contenu durant une période donnée. Ce n'est pas parce que nous contenons que nous entravons.

Laurent MORASZ

C'est le sens de la distinction entre contenance et contention. La contenance psychique nécessite parfois de passer par la contention. Il y a de nombreuses années, il y a eu un audit des chambres d'isolement aboutissant à des préconisations, notamment à une intervention régulière d'un médecin durant l'isolement et/ou la contention d'un patient. Cela s'inscrit dans une dynamique de bientraitance mais tout l'enjeu est d'en faire une réelle position de bientraitance. En effet, l'application opératoire de ces préconisations aboutit parfois à de simples postures bientraitantes où un médecin qui ne connaît pas le patient passe le voir très rapidement toutes les trois heures en cochant simplement sur le dossier une croix « visite médicale d'évaluation ». La Haute Autorité de Santé nous oblige à réfléchir à nos pratiques, mais le travail de mise en sens de notre activité nous incombe. Nous en sommes responsables.

Véronique GHADI

Je partage entièrement votre point de vue. Les professionnels doivent s'approprier les outils que nous proposons et non appliquer à la lettre sans en comprendre le sens. Ils doivent être partagés avec une équipe et les patients.

Olivier de LAGARDE

Comment pouvez-vous aider les professionnels sans les culpabiliser ?

Laurent MORASZ

Je suis par exemple intervenu à la clinique Lyon Lumière autour d'une charte des valeurs élaborées par les équipes. La direction a proposé le cadre de réflexion de la charte mais c'est la réflexion propre de l'équipe – et elle seule – qui a permis d'introduire ce mouvement de réflexion pour

aboutir à un développement solide de la fonction de bientraitance. Cet exemple montre bien que le plus important ce ne sont pas les mots inscrits « de l'extérieur » mais le cheminement mené en commun « de l'intérieur ».

Véronique GHADI

Il y a une évolution au sein de la Haute Autorité de Santé. Nous savons que la dynamique importe davantage que le résultat fini. Comment le faire sans culpabiliser ? En menant notre propre interrogation, en veillant à ne pas trop favoriser l'injonction. L'évolution culturelle vers la bientraitance commence par la certification. La rédaction d'un manuel ne suffit pas à rendre les pratiques plus conformes, d'où l'importance du portage de la certification, c'est-à-dire de l'utilisation d'outils, de travaux de sensibilisation, de publications, de ma présence aujourd'hui en colloque, des outils construits avec les professionnels et non à la seule Haute Autorité de Santé sans consulter les personnes.

Josiane FARISSIER

Le problème est que le sens de nos actions n'est pas coté dans le référentiel, alors que ce sujet nous prend beaucoup de temps.

Laurent MORASZ

Ce n'est pas dramatique : il faut savoir abandonner l'envie de la bonne note.

II. Echange avec la salle

Paul BLANC, Sénateur des Pyrénées Orientales, secrétaire de la Commission des Affaires sociales

J'ai rédigé en 2006 un rapport sur la maltraitance dans les établissements sociaux, à l'époque de l'affaire des disparues de l'Yonne. La conclusion du rapport portait sur le manque de bientraitance plutôt que sur la maltraitance existante. Je partage le point de vue de Philippe Svandra selon lequel le terme de bientraitance devrait être inclus dans le soin, c'est-à-dire le soin neutre, comme il devrait être pratiqué dans tous les établissements.

Au cours de mes auditions, deux exemples m'ont particulièrement frappé. Le premier concerne un établissement médico-social qui accueillait des paraplégiques. Une personne entrait le matin dans la chambre d'un patient, puis se précipitait vers la fenêtre en disant « *qu'est-ce que ça pue !* ». Le paraplégique qui se souillait la nuit se trouvait insulté. Le Directeur de l'établissement a expliqué à la femme de ménage qu'elle maltraitait le malade. La personne incriminée a contesté cette accusation, puis les syndicats s'en sont mêlés. La femme de ménage manquait de formation professionnelle car elle n'avait pas appris qu'un paraplégique se souillait. C'est un exemple de maltraitance par ignorance.

Nous avons reçu un courrier électronique au Sénat d'une directrice d'établissement à Aulnay-sous-Bois nous informant d'un cas de maltraitance dans son établissement. Nous avons visité cet établissement. Elle nous a expliqué qu'elle n'avait pas réellement recensé de cas de maltraitance,

mais qu'elle tremblait tous les matins car l'établissement comptait 16 éducateurs spécialisés, dont 6 en congés maladie remplacés par des personnes au RMI, qui n'avaient aucune formation, qui avaient eux-mêmes de nombreux problèmes et qui, de ce fait, risquaient de commettre des cas de maltraitance. Les personnes adressées par l'ANPE n'étaient peut-être pas formées par crainte qu'elles suivent une mauvaise formation professionnelle.

Nous avons surtout conclu dans notre rapport que la formation professionnelle des soignants était extrêmement importante pour garantir la bientraitance.

Olivier de LAGARDE

Avez-vous le sentiment que la situation s'améliore dans les cliniques psychiatriques ?

Paul BLANC, Sénateur des Pyrénées Orientales, secrétaire de la Commission des Affaires sociales

La situation s'améliore lorsque la question de la formation professionnelle a été prise en compte. Véronique Ghadi évoquait la situation de deux médecins en conversation avec la mère d'une patiente greffée. Le premier médecin avait éventuellement fait des études de mathématiques, le second de philosophie. J'ai été médecin généraliste, mais j'ai effectué mes études de médecine après un bac littéraire.

Patrick de SAINT-JACOB, Directeur de la division Psychiatrie du groupe ORPEA

Notre groupe compte 200 maisons de retraite et 80 cliniques en soin de suite et psychiatrie. A l'époque, le Groupe était centré sur la gériatrie. Le personnel qui franchissait la porte le matin venait chercher un salaire et se demandait comment donner du sens à ses pratiques. La Haute Autorité de Santé nous invite à créer du lien, mais il faut surtout donner du sens à notre pratique. J'ai été Directeur qualité du Groupe. A cette occasion, j'ai mis en place une démarche qualité dans les maisons de retraite en vue de donner du sens.

Comme Philippe Svandra, je suis allergique à la notion de bientraitance. Il est préférable de mettre des barrières à la maltraitance. En 1997, avec l'une de mes directrices, en partant des travaux de feu Robert Huguenot, professeur de médecine grenoblois ayant écrit un ouvrage sur la maltraitance des personnes âgées, nous avons réfléchi à la manière de permettre au corps soignant de débattre du sujet. Cette rencontre a été l'occasion de prendre conscience de tous les mécanismes de maltraitance et des barrières qu'il convenait d'ériger. Nous avons organisé des jeux de rôle sur ce sujet en gériatrie, en forçant par exemple un stagiaire à manger un Petit Suisse à la fraise avec de la viande hachée pour qu'il se rende compte de ce qui était parfois infligé aux patients.

Nous avons organisé un autre jeu de rôle avec des acteurs de théâtre sur différents scénarii de maltraitance, notamment sur la distance thérapeutique en psychiatrie. Josiane Farissier souligne qu'il n'y a plus d'infirmier psychiatrique compétent. Les cliniques accueillent principalement des patients qui nous ressemblent, qui subissent une dépression sévère. Les phénomènes de séduction peuvent être importants entre le quadragénaire dépressif et la femme de ménage qui accepte d'arrondir ses fins de mois en échange d'une faveur, ou la belle patiente et l'infirmier. Nous travaillons ce sujet à travers une charte éthique dont le contenu diffère selon les établissements. La formalisation du respect diffère, par exemple, en province et dans un établissement parisien.

Nous avons réuni des équipes pluridisciplinaires dans des sites différents, en les interrogeant sur les valeurs susceptibles d'enraciner les pratiques de soin : respect, écoute, accueil, compétence, conscience professionnelle, etc. Cet ensemble de valeurs permet à chaque établissement de formaliser le respect, par l'accueil, l'écoute, les compétences, la conscience professionnelle, en terminant par le respect. Nous avons rédigé 150 chartes différentes dans nos maisons de retraite et 20 chartes dans nos établissements psychiatriques. J'anime régulièrement des formations en éthique, sous forme d'animation. Cette démarche a été créée en s'appuyant sur deux philosophes de l'éthique. Nous travaillons à présent sur des notions qui permettent d'intervenir davantage dans le soin, c'est-à-dire d'effectuer notre travail correctement, comme nous le souhaiterions pour nous.

Olivier de LAGARDE

Je vous remercie pour ce témoignage.

De la salle

Je suis proche d'un patient que j'ai vu ce matin au CMP. Il ne souhaitait pas consulter car il est dans le déni de la maladie. Sa situation a donné lieu à deux HDT, expérience que je ne souhaiterais pas partager. Durant la première hospitalisation, le patient vomissait en sortant de l'hôpital. Depuis trois ans, je cherche des informations sur la psychiatrie, ce qu'il faut connaître en tant que proche d'un patient. Je suis actuellement en préretraite. La seule information utile sur ma situation à la Haute Autorité de Santé, je l'ai trouvée il y a un mois, dans une note publiée en juillet 2010 pour le proche d'un anorexique. Il n'y a aucune information pour les autres maladies, notamment les paranoïaques, c'est-à-dire les maladies rares.

Olivier de LAGARDE

Je vous remercie pour ce témoignage. Josiane Farissier, quel est le rôle des familles, des proches et associations de patients dans cette notion de bientraitance ?

Josiane FARISSIER

Notre clinique comprend une commission de relation avec les usagers dont une personne travaille sur la certification. D'une manière générale, certaines personnes ne savent malheureusement pas agir correctement vis-à-vis des patients. Nous ne pouvons pas toujours apporter une réponse satisfaisante aux familles des proches, mais nous devons toujours répondre à leurs questions. Je me bats avec les jeunes infirmières pour qu'elles répondent aux questions. Toute question mérite réponse. Nous ne pouvons parfois pas répondre, mais nous devons le faire. Nous devons assurer que nous avons entendu les questions. Il n'existe pas de solution miraculeuse, mais il est essentiel pour le patient d'être entendu.

Laurent MORASZ

J'ai rencontré une énorme difficulté avec une famille pour adresser un patient dans un CMP lyonnais. Il y a une question de moyens puisque les délais d'attente en CMP sont très longs. Nous avons choisi en France de déléguer la fonction d'accueil aux CMP. Nous voyons arriver en

demande de formation des équipes qui n'ont jamais été formées à l'accueil, et adoptent nécessairement une attitude défensive. Cette situation aboutit à un rejet des patients et des familles. Nous observons fréquemment cette situation. Nous sommes favorables au développement des pratiques avancées en psychiatrie mais avec une conceptualisation adaptée.

Véronique GHADI

Je voudrais intervenir sur le champ associatif. L'un des moyens d'avancer sur ces notions de bientraitance et maltraitance suppose de travailler avec les associations. Nous évoquons des situations subjectives, raison pour laquelle il est d'autant plus important de travailler avec les associations de malades qui représentent la société civile et partagent avec les professionnels les attentes des proches. Il faut ouvrir les établissements de santé à cette société civile. C'est une vraie source d'inspiration pour un établissement de travailler avec un usager actif.

Olivier de LAGARDE

Alain Nicolet, vice-président de l'UNCPSY, pourriez-vous conclure cette table ronde ?

Alain NICOLET, Psychiatre

Je remercie Véronique Ghadi pour le courage dont elle fait preuve en acceptant d'être présente parmi nous en tant que représentante de la Haute Autorité de Santé, qui est traditionnellement critiquée lors de ce genre de rencontre. Véronique Ghadi s'en est très bien sortie. Le soin est un savoir-faire, mais aussi un savoir-être. Le savoir-être de la psychiatrie suppose de prendre son temps et d'étudier le contexte du signifiant, c'est-à-dire le trouble du jugement dont les conséquences collatérales peuvent être dramatiques. Les psychiatres ont été formés à la triangulation de la relation à deux, c'est-à-dire l'évaluation de la distance au patient, qui ne doit être ni trop proche, ni trop sévère, tout en sachant que la bientraitance suppose un peu de renoncement.

Le point majeur est que nous avons besoin de temps, de moyens, de personnel formé, d'accompagnement. Trop souvent, la bientraitance n'est pas un débat économique, mais les cliniques ont besoin d'effectifs et de moyens plus importants, par la présence d'un nombre plus conséquent de psychologues et d'infirmières.

Seconde table ronde : **Notre société est-elle bientraitante avec la psychiatrie ?**

Nicolas FRANCK

Professeur des Universités-Praticien hospitalier en psychiatrie, Centre de réhabilitation (CH Vinatier) Lyon, CNRS et Université Lyon 1, Président de l'Association Francophone de Remédiation Cognitive (AFRC)

Claude FINKELSTEIN

Présidente de l'association FNAPSY

Patrick COUPECHOUX

Journaliste

Olivier de LAGARDE

Nous accueillons pour cette seconde table ronde Claude Finkelstein, présidente de l'association FNAPSY, qui regroupe 65 associations adhérentes, et compte de 6 à 7 000 adhérents. Patrick Coupechoux, journaliste indépendant, collabore notamment au *Monde diplomatique*. Il est l'auteur d'*Un monde de fou*, *La doctrine des opprimés*. Vous étiez également présent lors du premier colloque de l'UNCPSY il y a cinq ans. Nicolas Franck, Professeur de psychiatrie, responsable du centre de Réhabilitation du Vinatier, nous vous avons demandé d'introduire la table ronde sur la remédiation.

I. Introduction

Nicolas FRANCK

Je vous remercie de m'avoir invité à m'exprimer lors d'une journée sur la bientraitance. Ma présence me permet de relier deux thèmes qui me sont particulièrement chers, la stigmatisation des maladies mentales et certains aspects techniques avec la promotion de nouveaux outils de soin. Nous pourrions également parler de formation car ces outils concernent principalement les infirmiers, en réponse aux demandes qui viennent d'être formulées.

La stigmatisation concerne surtout une partie de la psychiatrie. La table ronde consiste à se demander si la société est bientraitante vis-à-vis de la psychiatrie. Certaines maladies mentales sont traitées positivement par les médias : les troubles anxieux, la dépression, etc. Il n'est pas possible d'affirmer que les personnes qui en souffrent sont maltraitées par la société.

En revanche, des troubles plus sévères tels que les psychoses chroniques, la schizophrénie, ainsi que les structures psychiatriques qui soignent ces patients, ne sont pas bien traités car seuls les faits divers violents sont médiatisés. Toutes les œuvres d'art qui traitent de la schizophrénie concernent des situations très violentes, notamment dans *Spider*, film récent de David Cronenberg décrivant un meurtre. Il y a trop peu de témoignages positifs sur ces maladies mentales.

J'ai néanmoins le sentiment que la communication médiatique évolue, même s'il y a encore beaucoup de chemin à faire. J'ai reçu récemment un livre très touchant, *Le coupe-ongle*, qui décrit une expérience vécue par un journaliste dont le fils a été hospitalisé au Vinatier. A l'instar de cet ouvrage, il me paraît nécessaire de s'adresser au plus grand nombre de personnes en faisant état des situations dans lesquelles se trouvent les personnes souffrant de troubles mentaux, et pas seulement en misant sur le spectaculaire. Il est nécessaire que la communication concernant la psychiatrie soit honnête et reflète réellement les difficultés des patients.

Il y a de nombreux ouvrages professionnels destinés au grand public. J'en ai d'ailleurs rédigé un en 2006 : *La Schizophrénie* paru chez Odile Jacob. Toutefois, si ceux-ci sont importants car ils donnent des informations objectives sur la maladie, ils ne permettent pas de toucher largement la population. Il faudrait que le cinéma s'intéresse davantage à ce genre de cas.

La stigmatisation des patients retentit sur la psychiatrie, en particulier la psychiatrie institutionnelle qui prend en charge les patients atteints de troubles sévères. Cette situation est dommageable pour tout le monde, et en particulier pour les patients. Un patient qui souffre de troubles psychotiques n'osera pas l'avouer. D'ailleurs, j'ai connu il y a quelques années un patient en attente de diagnostic qui associait ce terme à la dangerosité à la suite de faits divers très médiatisés. Il ne pouvait accepter de souffrir de schizophrénie et d'être traité pour cela, alors que ce terme n'était alors employé très largement que pour désigner des personnes ayant commis des actes très graves.

Olivier de LAGARDE

Pourquoi utilisons-nous le terme de schizophrénie sur tout type de sujet ?

Nicolas FRANCK

Tout d'abord, le public a besoin de sujets pour se faire peur. Les psychiatres n'ont vraisemblablement pas assez, ou pas assez bien, communiqué sur ce sujet. Or, la stigmatisation de la schizophrénie entraîne des refus de soin, qui génèrent des passages à l'acte. J'ai reçu de nombreux patients en CMP et en hôpital de jour, qui passaient des années dans leur chambre avec une famille qui tolérait les troubles sans accepter que leur enfant soit victime de schizophrénie. La stigmatisation fait souffrir les malades et les familles.

Il faut absolument communiquer vis-à-vis du grand public et de nos collègues. En effet, la psychiatrie n'est pas nécessairement bien connue des médecins. Il faut ramener l'attention sur la souffrance des patients, car la schizophrénie concerne moins de 10 faits divers par an associés à des meurtres. Cette communication contribuera à favoriser l'intégration des personnes qui souffrent de maladie mentale.

Nous disposons d'ailleurs de nouvelles techniques permettant de mieux traiter les patients et, également, de prévenir certaines rechutes. Les causes du handicap psychique sont les symptômes (psychotiques, dépressifs, anxieux), mais aussi des troubles cognitifs associés qui supposent d'effectuer des évaluations spécifiques. Ces troubles sont les problèmes de mémoire et d'attention, les difficultés à organiser ses actions, l'incapacité à comprendre l'autre qui caractérisent les psychoses chroniques et, en particulier, la schizophrénie. Ces troubles cognitifs contribuent au handicap et à la désinsertion sociale et professionnelle. Il faut permettre aux patients d'exprimer leurs compétences pour les réhabiliter, ce qui suppose de travailler sur les symptômes, avec une

psychothérapie et les médicaments adaptés, mais également sur la partie saine, en augmentant leurs capacités avec de nouvelles techniques, après avoir fait le bilan de leurs compétences propres.

Cette manière de faire donne au patient des chances de reconquérir la considération d'autrui. Cela suppose également de travailler avec ses proches, en élaborant des groupes de soutien aux familles, en expliquant la maladie aux proches et aux patients. Une réhabilitation efficace suppose des outils très spécifiques et du personnel formé. Il est facile de parler de réhabilitation, mais plus difficile de travailler correctement avec des personnes réellement formées. Ce dispositif n'intervient pas à la place des psychothérapies et de l'usage des médicaments, mais en complément de ces soins. Les principaux outils de la réhabilitation sont la remédiation cognitive, l'entraînement des compétences sociales du patient, la psychoéducation (dont l'éducation thérapeutique qui permet au patient de mieux connaître sa maladie) ainsi que le soutien des familles, et la communication en direction du grand public.

La remédiation cognitive est une technique qui vise à restaurer ou développer une fonction cognitive défaillante du patient. Cette méthode mise en œuvre par des professionnels de santé formés, permet d'augmenter les capacités de mémoire, d'attention, d'organisation des actions (ou fonctions exécutives), ainsi que la cognition sociale des patients. L'entraînement des compétences sociales permet aux patients de devenir plus aptes à gérer les situations du quotidien. La communication vis-à-vis du public implique une information et un soutien autour de la maladie et du traitement.

Pourquoi s'intéresser au déficit cognitif dans la schizophrénie ? Ces troubles extrêmement fréquents sont observés chez la majorité des patients. Ils n'étaient jusqu'à présent pas étudiés systématiquement car ils sont au second plan, et souvent masqués par les symptômes. Nous n'avons ainsi pas nécessairement tendance à étudier les capacités attentionnelles et d'organisation d'un patient.

Ces troubles sont maintenant de mieux en mieux décelés. Il est évident que l'utilisation des neuroleptiques (ou antipsychotiques), en particulier lorsqu'ils sont utilisés à la dose minimale efficace chez un patient bien stabilisé, permet de les démasquer. Les psychiatres ont ainsi commencé à s'y intéresser progressivement.

Cependant, il existe une grande hétérogénéité des troubles cognitifs d'un patient à l'autre, à l'instar des symptômes. Il est donc indispensable de réaliser un bilan pour déterminer les difficultés d'un patient donné. Par ailleurs, comment quantifier le retentissement des troubles cognitifs sur la vie des patients. Une manière de faire consiste à s'intéresser à l'insertion professionnelle des patients. Or, 100 % des études montrent que les troubles cognitifs président une difficulté à s'insérer professionnellement, alors que les symptômes négatifs (incapacité à générer des actions, à ressentir des émotions, les exprimer, etc.) ne sont prédictifs qu'à 87 % et les symptômes positifs (délires, hallucinations, etc.) qu'à moins de 80 %. Par ailleurs, moins de 10 % des malades mentaux bénéficient d'un travail dans un milieu non protégé. Le taux de désinsertion professionnelle de cette population est donc considérable. Au total, il est très important de considérer ces déficits cognitifs afin de permettre aux patients de mieux s'insérer dans la société, en particulier d'un point de vue professionnel.

Comment prendre en charge les troubles cognitifs ? Les psychotropes, en particulier les neuroleptiques, ont une action modeste sur ces troubles. Ils n'améliorent pas considérablement la situation. Les psychothérapies n'ont pas pour but d'améliorer la cognition. Les seules méthodes efficaces sont les programmes de remédiation cognitive. L'objectif consiste à améliorer la cognition

afin d'améliorer l'adaptation sociale et l'insertion professionnelle, améliorer les fonctions déficitaires, etc. Cette évolution passera éventuellement par l'amélioration symptomatique de l'estime de soi du patient.

De nombreuses études prouvent l'efficacité de la remédiation cognitive. Certaines études montrent, de plus, une persistance des effets de cette méthode dans la durée, dès lors que la remédiation cognitive permet la mise en œuvre d'un projet précis et que le patient a pu s'approprier une nouvelle manière de fonctionner, acquise en séance. Il est bien entendu nécessaire que le patient soit conscient de ses difficultés et s'implique activement dans la prise en charge.

Comment mettre en œuvre ce dispositif ? Il faut partir d'un bilan clinique précis établi par le psychiatre, qui permet de comprendre les symptômes du patient et leur impact. Les infirmiers établissent un bilan d'autonomie quant aux capacités pratiques du patient. Le neuropsychologue, quant à lui, établit le bilan cognitif du patient. L'ensemble de ces éléments est intégré afin d'avoir une vision d'ensemble des possibilités aussi bien que des difficultés du patient. Cela permet en particulier de voir quel est le retentissement des troubles cognitifs dans la vie quotidienne du patient. Le projet peut ainsi être adapté aux capacités du patient. Le cas échéant (et c'est la situation la plus fréquente) des soins spécifiques sont préconisés, en lien avec les données cliniques et le bilan d'autonomie. Au total, un projet comprenant l'accompagnement du patient dans toutes les étapes de la réinsertion, est construit sur mesure. Ce projet implique souvent des exercices ludiques et très progressifs de remédiation cognitive, qui font partie d'un programme global.

Il est essentiel d'utiliser les exercices de remédiation ayant un niveau de départ adapté au niveau de chaque patient, sans quoi cette méthode ne peut être utile. Par exemple, l'exercice *Tout dépend d'où l'on regarde*, extrait de RECOS, suppose de se représenter la position des objets dans l'espace. Cet exercice pourrait paraître trivial. Or ce n'est pas du tout le cas. Prenons l'exemple de patients travaillant dans des espaces verts. Ceci suppose de repérer rapidement des plantes de différentes natures dans de vastes serres. Les patients qui souffrent d'un déficit visio-spatial ne sont pas d'emblée capables de le faire. Ils doivent donc entraîner cette fonction.

Le processus de réhabilitation nécessite d'évaluer les symptômes du patient, son fonctionnement cognitif, sa qualité de vie, ses potentialités, son fonctionnement quotidien, ainsi que ses souhaits pour l'avenir. Les patients nous sont adressés le plus souvent par des médecins appartenant à des hôpitaux à des cliniques ou travaillant en cabinet. Nous les recevons, nous étudions la demande de l'équipe, puis nous recevons la famille du patient. Nous établissons le bilan, puis nous revoyons le patient pour une synthèse. A cette occasion, nous proposons un projet de réhabilitation socioprofessionnelle. De cette manière, nous réalisons la prise en charge à partir d'éléments objectifs. Cette prise en charge se distingue d'un accueil en hôpital de jour, car elle s'étale sur une durée (bien explicitée à l'avance au patient) de trois à neuf mois.

En conclusion, ces soins sont très fortement appréciés par les patients et par les équipes partenaires. Le type de structure dans lesquels ils sont mis en œuvre permet d'articuler la recherche avec le soin. En effet, de nouveaux outils de soin peuvent être développés grâce à une collaboration étroite entre cliniciens et chercheurs. Ceux-ci travaillent à partir des apports des cliniciens, ce qui est nouveau et efficace. Cette recherche se veut éminemment clinique. Le seul diplôme de remédiation cognitive existant est dispensé au centre de réhabilitation de Lyon 6^{ème}. Au total, le principal mérite de cette nouvelle perspective est de partir des besoins et des demandes des patients et de travailler sur leur partie saine plutôt que de se consacrer aux symptômes, déjà pris en charge par ailleurs.

II. Table ronde

Olivier de LAGARDE

Je vous propose de revenir à l'intitulé de notre table ronde : notre société est-elle bientraitante avec la psychiatrie ? Nicolas Franck note une évolution positive de la société à l'égard de la psychiatrie. Partagez-vous ce point de vue, Claude Finkelstein ?

Claude FINKELSTEIN, Présidente de l'association FNAPSY

Non. Les patients sont maltraités par la psychiatrie ; il est donc normal que la société maltraite la psychiatrie, monde à part, qui n'est pas ouvert sur la société.

Olivier de LAGARDE

Qu'en pensez-vous, Patrick Coupechoux ?

Patrick COUPECHOUX

La situation s'est aggravée de manière dramatique depuis quelques années. Je préfère parler de vision plutôt que de communication, sur la folie, et aussi de politique. Le discours politique dominant fait que la situation s'est aggravée. Je résumerai ce débat en quelques mots. Enormément de malades mentaux, 30 % des SDF et 7 à 25 % des personnes emprisonnées sont des psychotiques, le reste est en famille. J'ai été invité dans le cadre de la Semaine de Santé mentale de l'UNAFAM. A cette occasion, j'ai constaté qu'énormément de familles étaient dans une situation épouvantable.

La folie est une possibilité de l'être humain, et non quelque chose d'extérieur ou étranger. Cela suppose de l'accueillir pour lui permettre de vivre dans la société. Or la folie a disparu de notre société. Le film de Philippe Borrel *Un monde sans fous ?* contient une interview de la Secrétaire d'Etat Marie-Anne Montchamp affirmant que la folie n'existait plus. Qu'est devenue la maladie mentale dans la société contemporaine ? Une déficience, un handicap, un cerveau à scanner et un patrimoine génétique à décrypter. Le patient est de plus en plus un objet d'étude.

Le troisième point de mon intervention concerne les dérives sécuritaires de notre société. J'emploie le terme de criminalisation de la maladie mentale, plutôt que celui de stigmatisation. Nous assistons à une opération politique de grande envergure avec le discours de Nicolas Sarkozy à Antony. Il ne parle jamais de soin, mais développe une idée unique, celle de la dangerosité. Le Président de la République a été reçu à l'institut psychiatrique d'Antony dans les Hauts-de-Seine. A cette occasion, il a livré un discours programme sur la maladie mentale. Il a affirmé que la maladie mentale était dangereuse. Ensuite, il a soutenu que son obligation de résultat est d'en protéger la société en proposant, notamment, 40 millions d'euros pour des chambres d'isolement, et 30 millions d'euros pour le renforcement de la sécurité.

Cette problématique génère une dominante sécuritaire. Jean-Marie Delarue, contrôleur général des lieux de privation de liberté, affirme qu'au regard des droits de l'homme la situation s'aggrave : non respect des droits des malades, enfermement, y compris de personnes hospitalisées librement. Ce contexte ne relève pas seulement de la stigmatisation.

La loi votée aujourd'hui à l'Assemblée Nationale intervient dans ce contexte. Cette loi repose sur deux éléments majeurs. Le premier est la nécessité d'une politique sécuritaire dans la suite du discours d'Antony. Le second est une conception du soin uniquement médicamenteuse, qui confond soin et traitement pharmacologique. Si la psychiatrie fonctionnait bien, nous ne parlerions pas d'obligation de soin.

De la salle

C'est inexact. 50 % des malades sont en déni de la maladie.

Patrick COUPECHOUX

Une psychiatrie n'aurait pas besoin d'obligation de soin car une équipe devrait assurer la continuité des soins.

Ensuite, le projet de loi entre en contradiction avec une conception du soin relationnelle, c'est-à-dire que la relation ou le transfert est essentiel, dans la durée, sans rupture de soin. En conclusion, il faut remettre en avant la question, non de la bientraitance, mais du soin, conçu comme une relation dans la durée, sans rupture.

Le projet de loi sur la maladie mentale offrira le droit d'interner des personnes du fait de leur maladie. Ne faut-il pas s'interroger sur la justification d'une telle loi d'exception et de l'enfermement ? Entre le bracelet électronique, les pavillons fermés et les 200 chambres d'isolement, il y a fort à craindre que nous véhiculions un regard négatif sur la maladie mentale qui ne serait abordée que sous l'angle de sa dangerosité. J'en veux pour preuve le contenu des reportages traitant de la maladie mentale. Aujourd'hui, l'enfermement est différencié de l'asile, mais c'est toujours de l'enfermement.

J'ai lu une phrase de Lucien Bonnafé affirmant qu'il réécrirait la loi de 1938, en proposant un article unique : « *la loi de 1938 est abolie* ». Cela suppose de rédiger une grande loi sur la psychiatrie, la réhabilitation des équipes, le soin, la formation, etc.

Olivier de LAGARDE

J'invite Nicolas Franck à réagir à ce propos.

Nicolas FRANCK

Je rebondis rapidement sur la question des reportages portant sur la maladie mentale. Il me semble tout de même que les journalistes sont aujourd'hui mieux formés pour réagir aux faits divers impliquant des malades souffrant de troubles psychiatriques et que la recherche du sensationnel est maintenant nettement moins systématique.

Je partage le point de vue critique de Patrick Coupechoux sur le discours sécuritaire. J'ai publié sur ce sujet un article en janvier 2009, après le discours du Président de la République à Antony. Je suggère de favoriser la prévention pour éviter les passages à l'acte, les rechutes, et plus généralement éviter l'enfermement des patients. Cependant, il n'est pas possible de ne pas enfermer

temporairement les patients qui en ont besoin. Ceci est nécessaire dans certains cas avant tout pour les protéger d'eux-mêmes. La loi de 1838 avait constitué un grand progrès. Il faut préserver les acquis de celle-ci et de son évolution actuelle (loi du 27 juin 1990) dans les conditions les plus acceptables, en l'utilisant lorsque c'est strictement nécessaire bien entendu.

Claude FINKELSTEIN

La prévention est nécessaire. Je crois à la sagesse populaire de l'expression « fou à lier », ce qui suppose de contenir et d'aider le patient enfermé dans son corps. Dans tous les pays du monde, à un moment donné, même en cas de prévention, une personne a besoin d'être privée de sa liberté et soignée contre son gré. Si une société ne tient pas compte de cet élément, la réaction de ces patients sera dramatique. Les chambres d'isolement ont été demandées par les infirmiers psychiatriques. Nous avons travaillé plus de cinq ans au ministère pour créer un diplôme d'infirmier psychiatrique, qui a été refusé par les syndicats d'infirmiers. J'étais présente aux réunions. Cette réaction m'a fait énormément de peine.

De la même manière, la FNAPSY a étudié la possibilité que la Sécurité sociale rembourse un psychologue pour sa consultation. La psychothérapie est importante pour nous. Les syndicats de psychologues ont refusé ce remboursement car ils ne voulaient pas être considérés comme des « kinés » et voulaient prendre le montant choisi avec leur client pour la consultation. Ce genre de réaction est dramatique pour les représentants des usagers. Les infirmiers non formés à la psychiatrie sont le plus souvent laxistes ou effrayés. Or, le travail psychiatrique est important et permanent, même lorsqu'on prend le café avec les patients. En outre, un infirmier ne doit pas avoir peur, sans quoi le patient ressent cette peur, ce qui est catastrophique. Nous constatons cette situation surtout dans les hôpitaux publics.

Enfin, je n'apprécie pas le terme de bientraitance car prendre soin, c'est la bientraitance. Nous n'avons pas à former le personnel à la bientraitance ou créer des comités de bientraitance. En revanche, chaque personne en contact avec des personnes vulnérables soulève un risque de maltraitance. Il faut utiliser cette notion car toute personne couchée dans un hôpital est vulnérable.

Olivier de LAGARDE

Pourrions-nous parler de l'absence d'empathie à l'égard de la maladie mentale ?

Claude FINKELSTEIN

Il faut agir correctement et démontrer la qualité du travail. Tout le monde éprouve des difficultés dans son métier. Nous devons communiquer, montrer ce qui se passe bien, ne pas avoir peur ni honte de ce que l'on fait, ne pas rester caché. La psychiatrie souffre d'être cachée. Je voudrais vous faire part d'une de mes expériences. Il y a quelques années, j'ai visité une clinique psychiatrique aujourd'hui fermée, ouverte en son temps par l'hôpital Maison Blanche. Je n'ai pas pu entrer librement dans le bâtiment : la porte d'entrée était fermée, l'ascenseur ne fonctionnait pas... L'hôte d'accueil m'a demandé de m'asseoir dans la salle d'attente, où se trouvait déjà la famille d'un patient. Et je me suis alors demandée : que pense cette famille de l'impossibilité d'entrer dans l'hôpital ? Quelle image de la psychiatrie doit-elle avoir ? De même, il fallait une autorisation pour sortir des lieux. Voilà l'image que renvoie la psychiatrie : quelque chose de fermé,

d'irréremédiablement clos. D'une certaine manière, l'institution amène le personnel à s'enfermer naturellement dans une institution fermée.

Olivier de LAGARDE

Patrick Coupechoux, la psychiatrie a-t-elle une part de responsabilité dans le panorama sombre que vous avez dressé ? La psychiatrie agit-elle correctement pour être prise en considération ?

Patrick COUPECHOUX

Avant toute chose, il convient de rappeler qu'il existe différents types de psychiatries qui vont, par exemple, des biopsychiatres de Saint-Anne aux psychiatres qui pratiquent la psychothérapie institutionnelle. Mais ce qui est en cause avant tout, c'est le regard que nous portons sur la folie.

Olivier de LAGARDE

Quelle est la part de responsabilité de la psychiatrie dans le regard porté par la société sur cette discipline ?

Patrick COUPECHOUX

La psychiatrie est pour une part responsable de cette situation. La psychiatrie est présentée comme s'intéressant à une maladie au même titre qu'une maladie du foie. Une part de sa responsabilité vient de la vision scientifique qui nie la relation, qui affirme qu'il est possible de soigner avec des médicaments si le cerveau est l'organe de la maladie mentale. Cette vision scientifique dominante est néfaste car elle nie le lien, le fait que le malade mental est un sujet singulier qui a une histoire. Par ailleurs, cette vision scientifique vient en osmose avec la vision idéologique néolibérale qui domine la perception de l'individu depuis trente ans. L'homme dans notre société est un individu utile, une ressource humaine. Il est demandé aux personnes de s'insérer le plus rapidement possible, ce qui déshumanise la psychiatrie et le traitement de la folie.

Nicolas FRANCK

Je vous remercie pour cette intervention, mais l'opposition entre les causes psychogénétiques et organiques de la maladie mentale me semble parfaitement dépassée. A présent, nous savons que le cerveau joue un rôle dans le développement des troubles, aussi bien que des mécanismes psychologiques et des mécanismes cognitifs spécifiques. Il serait délétère de ne pas le considérer. Il faut donc éviter de tenir de tels propos, l'articulation entre la génétique, l'organicité au sens large étant suffisamment complexe pour qu'on ne crée pas l'occasion de ne pas la considérer en invoquant des conceptions dogmatiques et exclusives. En niant la dimension organique, nous nions de plus les maladies organiques d'expression psychiatrique. De nombreuses maladies organiques sont en effet d'expression psychiatrique. Certaines sont mal connues et non recherchées. Un travail de recherche aux débouchés considérables est actuellement en cours à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Lyon sur ce sujet.

Olivier de LAGARDE

Quel est votre point de vue, Nicolas Franck, sur l'aspect carcéral de la psychiatrie ?

Nicolas FRANCK

Cela revient à mettre l'accent sur une petite partie des soins. Je le redis : il faut considérer également (et surtout !) la prévention et permettre la mise en œuvre de soins de réhabilitation dans une approche respectueuse et intégrative des difficultés des patients. Il est indispensable que le traitement soit adapté à chaque patient. Un traitement standardisé *via* des protocoles ou des outils purement informatisés ne fonctionne pas. Le lien reste un élément central en psychiatrie. Il faut pour cela que les équipes soient formées et, également, qu'elles travaillent sur elles-mêmes ainsi d'ailleurs, que Laurent Morasz l'a mentionné précédemment. Au total, il n'est vraiment pas possible de réduire la psychiatrie à ce qui est montré au journal de 20 heures pour faire de l'audience.

Patrick COUPECHOUX

Je n'ai jamais affirmé que les recherches sur le cerveau puissent être nuisibles. J'ai le sentiment que nous abandonnons la relation du fait de son coût. La création d'équipes associant des psychiatres et des équipes soignantes, en nombre suffisant pour assurer la continuité des soins sur un territoire donné, est coûteuse. Nous voulons faire entrer des personnes inutiles dans le circuit, mais une véritable psychiatrie ouverte sur la société et les associations soulève une question de gestion et de coût.

En ce qui concerne l'enfermement, Claude Finkelstein sait que certains établissements ne contiennent pas de chambre d'isolement. Nous ne confondons pas la contention et l'enfermement. Chacun affirme que la contention est parfois nécessaire. L'enfermement relève d'un autre sujet.

Depuis l'instauration de ce climat sécuritaire accéléré par Nicolas Sarkozy, j'ai rendu visite à un neveu psychotique en province, dans un hôpital psychiatrique. Le pavillon était fermé à clé à trois heures de l'après-midi. Nous avons sonné. Un membre du personnel vient nous ouvrir ; nous lui indiquons le nom de la personne à laquelle nous venons rendre visite. Mon neveu est ensuite arrivé. J'ai proposé qu'il me montre sa chambre, son espace privé. Malheureusement, cela m'était interdit. En effet, en tant que visiteur, je n'avais pas le droit de franchir la ligne qui séparait l'espace public du couloir montant aux chambres. Un peu plus tard, j'ai souhaité fumer une cigarette avec les patients sur une terrasse... grillagée. Le personnel encadrant a refusé que je me joigne aux patients pour fumer au motif que cela risquait de les perturber. Que faut-il en déduire ? Ce ne sont pas les malades que le personnel souhaitait protéger : on a voulu me protéger, moi, des patients. Et pourtant, mon neveu n'était pas sous contrainte : il était en hospitalisation libre mais, dans les faits, était enfermé dans ce pavillon.

Claude FINKELSTEIN

Tu étais face à une équipe apeurée. Les chambres d'isolement sont à l'écart pour faciliter les interventions du personnel. A Nice, les personnes qui entrent dans l'USIP sont attachées dans les chambres d'isolement dès leur arrivée. On m'a expliqué que ces personnes étaient attachées parce que « c'est comme ça ».

Patrick COUPECHOUX

Nous savons faire autrement.

Claude FINKELSTEIN

Certes, mais ce n'est pas expliqué. Il est plus facile d'être bientraitant dans une petite unité que dans une grande unité.

Nicolas FRANCK

Je rappelle qu'USIP signifie Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie. Ce type d'unité est réservé à des patients qui présentent des troubles aigus. Le protocole d'admission prévoit que les patients soient isolés.

III. Echange avec la salle

De la salle

J'aurais dû poser ma question plus tôt. Je suis psychologue en SSR, formée à la bientraitance. Comment pourrions-nous sensibiliser les directions des cliniques à notre métier, sachant que l'objectif majeur des cliniques privées est de dégager des bénéfices ? J'ai été informée de ce sujet le jour de la réunion relative à la bientraitance. Des soignants n'ont pas pu venir car il n'y avait pas assez de personnel. En effet, la Direction n'a pas remplacé les personnes absentes.

Olivier de LAGARDE

Y a-t-il davantage de maltraitance dans les cliniques privées que dans les hôpitaux publics ?

Claude FINKELSTEIN

Non. Les personnes sont heureuses d'être accueillies en clinique psychiatrique. Quatre cliniques accueillent des personnes sans consentement. Les patients se battent pour se rendre dans ces cliniques. Le coût est identique pour la personne, qu'elle soit accueillie à l'hôpital ou en clinique.

De la salle

On nous demande par exemple de valider des EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) sur la bientraitance sans nous donner le moyen de le faire. Par exemple, le personnel n'est pas venu du fait de la recherche d'économie sur le remplacement de salariés en congés maladies.

Laurent MORASZ

Je voudrais réagir sur la petite allusion « économique » qui vient d'être faite. Avec humour, je me demande si certains psychologues « revendicatifs » n'ont parfois pas un problème avec le principe

de réalité, qui est pourtant important dans le processus psychique. Il me semble que du point de vue de la stricte réalité une entreprise qui ne fait pas de bénéfice meurt. La recherche de l'efficacité ne me paraît donc pas choquante mais simplement tenir compte des contraintes dans lesquelles nous sommes tous... Et concernant l'engagement des psychologues dans des EPP Bientraitance, peut être que le temps F.I.R. peut servir à cela.

De la salle

Pour ma part, je n'ai pas de temps F.I.R..

Laurent MORASZ

Je réponds à l'ensemble de la corporation des psychologues. Par ailleurs, Claude Finkelstein a tout à l'heure évoqué un sujet très important, le manque de possibilités de suivi psychothérapeutique des patients en France. Or, malheureusement les psychologues ne veulent pas s'engager dans un système encadré par la sécurité sociale. Les représentants de la profession ont souhaité « garder leur liberté ». Ce qui est paradoxal car des centaines, des milliers de psychologues compétents et bien formés ne travaillent pas. Et en même temps de très nombreux patients n'ont pas de suivi. Or malheureusement les psychologues dont nous avons tous besoin refusent d'entrer dans un système qu'ils perçoivent comme trop encadré.

Docteur RANCE, Psychiatre

Je voudrais m'adresser aux journalistes. Le colloque de l'UNCPSY existe depuis cinq ans. Il aura fait un grand progrès lorsque les journalistes cesseront d'associer la psychiatrie à la folie. Durant les vingt-cinq années où j'ai exercé, je n'ai jamais rencontré de fous ou de personnes présentant une folie. J'ai rencontré des personnes en souffrance, ayant des troubles mentaux, mais je ne sais ce que sont les fous. Il faudrait que les journalistes arrêtent de parler de folie. Il faudrait les sanctionner lorsqu'ils emploient ce terme.

Olivier de LAGARDE

Comment éduquer un journaliste à cette question ?

Claude FINKELSTEIN

Un journaliste répond à ce que la société demande. Un journaliste ne parlant pas de folie ne vendra jamais. Un journaliste évoquant l'évasion d'un schizophrène attire le regard du public. Le journaliste est au service de la société. Il dit ce que la société veut entendre. Moi-même, je sollicite les journalistes sur les faits très graves. Il est aussi plus facile de prendre la parole à propos d'une évasion que pour expliquer comment un patient a été ébouillanté dans une baignoire à Clermont-Ferrand parce qu'un soignant n'a pas résisté à l'envie d'aller fumer une cigarette. Quoiqu'il en soit, la mise en avant de la maltraitance est essentielle pour les personnes hospitalisées comme pour les personnes malades.

Patrick COUPECHOUX

Je me sens interpellé par l'intervention du Docteur Rance, mais je ne parle pas de folie comme certains journalistes qui interviennent sur les « fous dangereux ». J'emploie la notion de folie au sens où l'emploie François Tosquelles, qui affirmait que les personnes en asile ont « raté leur folie ». La folie est positive. Ce n'est pas une déficience, ce qui implique le fait d'accueillir la folie. Je suis en désaccord avec le fait de dire d'un malade mental qu'il est un handicapé. Cela justifie finalement le mauvais accueil.

Enfin, je rappelle que la sanction d'un journaliste pour l'usage d'un terme relève de l'atteinte à la liberté de la presse.

Olivier de LAGARDE

La liberté de la presse est reconnue par la Constitution.

Michael LANIER

Je suis assistant social en Ille-et-Vilaine dans une clinique psychiatrique, un centre de jour pour patients psychotiques chroniques, et un centre de réhabilitation psychosociale pour patients atteints de troubles de l'humeur. Du fait de mon poste, j'accompagne les patients avant, pendant et après leur hospitalisation. Je constate qu'avant l'hospitalisation nous parvenons à des situations de maltraitance du fait des difficultés d'accès au soin, du fait de la nécessité de trouver un lit, et par rapport à des prises en charge financières.

Durant l'hospitalisation, nous travaillons beaucoup avec les familles et les institutions susceptibles de prendre en charge le patient à sa sortie. Nous observons une difficulté à concilier le temps de l'usager et les exigences en termes de durée moyenne de séjour (DMS), qui ne cessent de diminuer. Le délai d'accès à des institutions relais a tendance à s'allonger. Il n'est pas possible de lisser la durée moyenne de séjour en psychiatrie sur la pratique des soins somatiques.

Après l'hospitalisation, les délais d'admission dans les établissements – Laurent Morasz évoquait tout à l'heure les centres de réhabilitation –, l'accès en ESAT ou encore la réinsertion professionnelle prennent beaucoup de temps. Ainsi, une orientation MDPH prend un an, l'accès à un ESAT demande cinq ans, alors que nous prenons en charge un patient dans un centre de réhabilitation psychosociale durant trois à neuf mois. Le patient n'est plus prêt lorsque nous lui proposons une place en ESAT, il est généralement en hospitalisation ou en hospitalisation sous contrainte. Il n'est pas possible de dissocier la question de la maltraitance du contexte des institutions médico-sociales.

Nicolas FRANCK

L'accès en ESAT étant très long, il est essentiel d'organiser la situation du patient d'un point de vue sanitaire. Cette situation suppose de travailler au niveau de la structuration des parcours de soin et de réinsertion.

Patrick de SAINT-JACOB

Je souhaiterais témoigner du dispositif mis en place au sein d'ORPEA. Nous avons la chance d'avoir à Argenteuil le troisième secteur de l'hôpital de la ville en clinique privée avec un prix de journée adapté aux missions de service public qui fait que nous ne sommes pas obligés de faire payer les patients. Ces patients bénéficient de l'ensemble des services transversaux de nos cliniques, et il se trouve que nous utilisons très peu la chambre d'isolement.

Je souhaiterais par ailleurs réhabiliter les psychologues. Je rappelle qu'il n'y en avait pas il y a dix ans dans le secteur privé. J'organise deux fois par an un collège des psychologues réunissant 120 personnes de la profession employées dans nos institutions. Les psychologues interviennent dans nos cliniques en étayage d'un médecin psychiatre. La majorité des psychologues accepte ce fonctionnement. Nous avons intégré majoritairement des psychologues de psychiatrie et différents métiers comme des psychologues SSR et gériatriques. Les psychologues SSR ont souvent des difficultés à créer des binômes avec le thérapeute.

Au niveau de la formation, il n'y a plus de diplôme de secteur. Nous avons créé un diplôme interne de 120 heures formant de 15 à 17 jeunes infirmiers par an, ce qui leur donne un Certificat Infirmier de spécialité en psychiatrie. Il est très difficile d'élaborer un tel projet avec une université. Nous allons créer un DU en partenariat public/privé sur ce sujet en province.

Alain NICOLET, Psychiatre

Nous sentons que Patrick Coupechoux dispose d'un background en matière de psychiatrie, mais votre propos sur le projet de réforme me semble excessif. La description que vous faites est très juste. Vous vous intéressez à la liberté de la folie, or le soin ambulatoire sans consentement peut être un dispositif remarquable si la décision de celui qui la prend est justifiée. Or c'est bien le psychiatre qui prescrit ce dispositif. Quelques uns ont politisé le débat bien au-delà de la nécessité car les personnes responsables des internements restent les psychiatres. C'est à nous de consacrer du temps à la liberté et au discernement plutôt qu'à l'enfermement, et cette approche servira aux familles.

Patrick COUPECHOUX

Je sais qu'il y a eu un débat politique sur ce sujet. Deux sujets me semblent problématiques. Le premier est l'obligation de soin. A l'hôpital général, vous avez la liberté d'être soigné ou non. Ce n'est pas le cas en psychiatrie. Est-ce pour une raison de dangerosité ? La dangerosité des malades mentaux n'est pas prouvée. Lors d'une journée organisée par la Haute Autorité de Santé sur ce sujet, il était difficile de penser que les malades mentaux sont plus dangereux que les autres.

Nicolas FRANCK

La dangerosité existe réellement lorsque la maladie n'est pas soignée. Il n'y a en pratique plus de dangerosité lorsque les personnes souffrant d'une maladie mentale sont soignées.

Patrick COUPECHOUX

Dans le travail que j'ai accompli sur la psychiatrie, j'ai été frappé par le concept de continuité des soins, qui signifie qu'un patient doit être soigné dans la durée, lorsque les conditions sont réunies pour que cette continuité des soins existe. Durant les années 60, un psychiatre évoquait les difficultés qu'il y avait à expliquer que ceux qui sortaient de l'hôpital devaient continuer à être soignés à leur sortie. Nous avons remis en cause cette démarche depuis vingt ans. Nous pourrions en discuter longuement. Nous n'avons pas besoin d'obligation de soin dans ce contexte. En outre, j'imagine que plus de 90 % du public estime qu'il faut enfermer les malades mentaux du fait de leur dangerosité, ce qui suppose d'assurer leur contrôle, mais qui fera les soins médicamenteux ? Que ferez-vous des patients qui ne veulent pas se soigner ? Après une simple fugue, il arrive que la police ramène les patients menottés.

Alain NICOLET

Nous invitons Patrick Coupechoux à demander aux psychiatres d'être moins agressifs. Votre propos est biaisé politiquement. Dans l'éventualité où nous serions moins prescripteurs des internements, de ces hospitalisations ou de ces soins sans consentement ambulatoire, nous parviendrions à éviter des hospitalisations liées à des ruptures de soin dans des conditions de théâtralisme d'urgence et de dramatisation. C'est ce que j'attends de cette nouvelle loi.

Nicolas FRANCK

Je suis favorable à la continuité des soins. Il y aurait moins de rechute si les patients étaient bien traités et accompagnés. Une prévention et un dépistage précoce diminueraient l'entrée brutale dans la maladie, mais il est indispensable qu'une loi prenne en compte les crises des personnes qui entrent dans la maladie de manière imprévisible ou interrompent leur traitement.

Claude FINKELSTEIN

Je ne comprends pas pourquoi les soins sans consentement en ambulatoire font tellement parler d'eux, alors qu'ils correspondent aux sorties d'essai actuelles. Au sein de nos associations, nous comptons des personnes qui sont depuis quinze ans en sortie d'essai. Il s'agit d'un régime particulier sous-tendu par une obligation de se soigner ; le non-respect de cette obligation se traduit immédiatement par un retour à l'hôpital. A mon sens, il est plus grave – ainsi que le prévoit la nouvelle loi – de passer de l'hospitalisation sans consentement aux soins sans consentement. Jusqu'à présent, nous avons le droit de refuser le soin en étant hospitalisé sans consentement. C'est une subtilité importante de la nouvelle loi, mais il reste que les soins sans consentement ambulatoire correspondent de fait, à la sortie d'essai depuis longtemps en vigueur.

Conclusion

Olivier DREVON, Président de l'UNCPSY

La clôture de ce colloque est un exercice difficile à l'issue de cette seconde table ronde. Le pauvre Nicolas Sarkozy est souvent mêlé à beaucoup de choses. J'ai été personnellement invité à l'Élysée en présence des psychiatres du public. J'ai tenté de parler en premier sur le fait que le discours d'Antony était axé sur les malades dangereux. J'ai trouvé regrettable que l'on ne puisse pas débattre avec le Président sur la psychiatrie et l'organisation de cette profession. Ensuite, nous avons assisté à un déferlement d'interventions sur la sécurité et le discours d'Antony, alors que nous avons un moment privilégié pour parler avec le Président de notre métier. Ce jour-là, je suis reparti seul, par la petite porte en tant que représentant des cliniques psychiatriques.

La psychiatrie suppose d'organiser un débat non politisé. Les systèmes de soin, l'attention et l'empathie ne sont ni du public, ni du privé. La psychiatrie n'est pas politique. Un terme important est l'abord des malades psychiatriques. J'ai évoqué ce sujet ce midi avec un représentant du Ministère de la Santé. Le patient souffre. J'ai toujours été agacé de l'enfermement de la psychiatrie dans l'idéologie, et c'est sans doute l'une des raisons pour lesquelles j'ai préféré m'orienter vers le secteur libéral. La formation, le respect de l'individu, du patient, des familles, m'ont semblé essentiels et mieux pris en compte.

Nous avons également d'énormes progrès à accomplir, nous psychiatres, car notre formation initiale supposait à peine de recevoir les patients. Au début de mon métier, il ne fallait surtout pas recevoir les familles d'autistes, par exemple nous avons enfermé les familles dans leur culpabilité, leur anormalité, la violence, etc.

Les psychiatres ont donc des progrès à faire sur l'accueil des patients. Nous critiquons souvent la Haute Autorité de Santé lors du passage de la certification. Pourtant, l'intégration de la certification dans une entreprise, pour manager autrement, est très positive, autant en termes financiers que de notoriété. Nous sommes souvent victimes de notre succès et les listes d'attente de patients pour intégrer une clinique sont en partie liées au fait que nous cherchons constamment à améliorer la qualité de nos prises en charge.

Cela dit, nous devons accomplir un travail important concernant la bientraitance, non pour rédiger une charte, car ce document diffère en fonction des lieux, mais pour élaborer un pacte sur ce sujet, en quelques lignes, qui engage l'ensemble des cliniques, afin d'aborder le sujet de manière positive, comme un socle de référence et de formation dans les établissements.

Ce pacte nous prendra quelques mois de travail et la FNAPSY va nous y aider. C'est un projet important.

Actuellement, nos formations sont plutôt clivées selon que nous venons du public ou du privé. Récemment, ma clinique a organisé des formations conjointes sur le thème des hospitalisations urgentes. Les deux établissements en ont tiré des enseignements et une ouverture particulièrement bénéfiques pour tous. Nous faisons le même métier, avec des passions différentes. Mais globalement, il n'y a pas de maladie lourde en psychiatrie, seulement des maladies différentes. Un déprimé mélancolique demande autant de compétences qu'un schizophrène. Dès lors, le privé

comme le public doivent être associés aussi bien à la réforme de la loi de 1990 qu'à toute autre réforme concernant la psychiatrie.

Je remercie l'ensemble des intervenants. Ce colloque a été intéressant. Nicolas Franck s'est étonné de la présence d'un nombre limité de personnes du secteur public, nous ferons mieux la prochaine fois !

La bientraitance et la réhabilitation ne passionnent peut-être pas les foules, mais ce colloque a permis de nous enrichir de nos différences.

Je vous remercie et vous dis : à l'année prochaine.



UNCPSY

UNION NATIONALE DES CLINIQUES
PSYCHIATRIQUES PRIVÉES

Fédération de l'Hospitalisation Privée

81, rue de Monceau – 75008 Paris

Tél. : 01 45 63 38 41 – Fax : 01 45 63 30 66

E-mail : uncpsy@free.fr

www.uncpsy.fr