

SÉMINAIRE DE FORMATION
De la COMMISSION PSY-SFLS

DES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE
A LA CLINIQUE Ψ
PRÉVENTION & ÉDUCATION POUR LA
SANTÉ

Vendredi 8 avril 2005

En partenariat avec les laboratoires
ROCHE

Mairie du xème Arrondissement de Paris

SOMMAIRE

	Page
INTRODUCTION Dr Christiane CHARMASSON	1
Les CISH à la croisée des chemins... Dr Denis LACOSTE	3
ÉVOLUTION DES « CISH » Dr Véronique TIRARD-FLEURY	5
DÉBAT	10
LE RÔLE DES ARH ET LES PRSP (Programmes Régionaux de Santé Publique) Maryse LEPÉE	17
DÉBAT	23
ÉDUCATION DU PATIENT : où situer la démarche ? Dr Pierre BUTTET	31
UN CAHIER DES CHARGES POUR L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ AUPRES DES PATIENTS VIH... Quand le Ministère montre la voie Richard SALICRU	42
DÉBAT	46
ACCESSIBILITÉ ET COORDINATION DES OFFRES DE PRÉVENTION Dr Thierry TROUSSIER	53
DÉBAT	63
QUELLE PLACE POUR LES PSY DANS LES PERSPECTIVES DE SANTÉ PUBLIQUE Sandra FRANRENET	66
DÉBAT	88
TRANSFERTS DE COMPÉTENCES ? Chantal BRIGAUDIOT	91
ÉLUCIDER ? MASQUER : COMMENT DIRE ? COMMENT TAIRE ? Jean SZPIRKO	101
DÉBAT	115

INTRODUCTION

Dr Christiane CHARMASSON

Psychiatre – Psychanalyste

Merci à la Mairie du 10^{ème} arrondissement de Paris, qui nous accueille maintenant chaque année pour notre colloque avec beaucoup de gentillesse et de générosité, puisque l'on met à notre disposition gratuitement cette salle et la salle des mariages puisque c'est dans la salle des mariages que nous aurons le buffet vers midi et demi /un heure moins le quart. On a élargi un tout petit peu le temps de ce buffet pour que vous puissiez profiter de cette convivialité et échanger puisque vous venez d'horizons extrêmement divers, à la fois dans les régions et à la fois dans les départements français d'Amérique, que ce soit la Guadeloupe, que ce soit Cayenne. J'espère que vous avez apprécié dans la salle des mariages cette fresque tout à fait accueillante qui est sûrement du 19^{ème} siècle où deux messieurs se font un très gentil bisou, il est rare de voir représenter cette scène dans une salle de mariage.

Merci à la Mairie du 10^{ème} arrondissement de nous accueillir, merci également à Annick Varrachau qui représente le laboratoire Roche et qui assure ces instants de convivialité qui nous réunissent. Pour les nourritures spirituelles, intellectuelles qui là aussi nous réunissent, vous savez que chaque année nous décidons du thème de la journée de la façon la plus démocratique et consensuel, c'est-à-dire lorsqu'il y a les Assises et le Congrès de la SFLS (Société Française de Lutte contre le Sida), il y a toujours un temps de réunion sur le plan catégoriel pour les personnes qui travaillent autour de l'écoute, « la Psy ». Que ce soit psychologues, psychothérapeutes, psychanalystes, infirmiers psychiatriques, infirmiers dévolus à un travail d'écoute, travailleurs sociaux et psychiatres et chaque année, nous essayons de dégager le thème qui sera le thème de notre journée de colloque et de séminaire de formation.

Cette année on a effectivement opté pour un thème très différent des thèmes cliniques qui nous réunissent habituellement. Celui-ci est l'illustration de la collaboration au Comité de Pilotage Ministériel que la SFLS et la Commission Psy de la SFLS ont été invités à donner pour l'évolution des CISIH. Je remercie Véronique Tirard qui, à la DHOS anime ce comité de pilotage pour l'évolution des CISIH vers les COREVIH, Thierry Troussier pour le bureau Sida de la DGS et également Pierre Buttet de l'INPES qui ont travaillé à la préparation de la circulaire et d'un cahier des charges.

Nous avons participé à quelques uns à ce groupe de travail et plus précisément avec Thierry Troussier et Pierre Buttet accompagnés par Chantal Brigaudiot et Richard Salicru sur ce qui est présenté comme cahier des charges concernant la prévention et l'éducation pour la santé des patients infectés par le VIH.

Cette journée nous réunis autour d'un thème qui est relativement ardu, mais il nous a semblé tout à fait indispensable de vous proposer de venir réfléchir aujourd'hui avec les personnes qui préparent cette évolution au niveau des institutions nationales et que nous puissions mieux appréhender ce que va impliquer cette évolution, qui aura particulièrement au niveau régional des

implications pour lesquelles les ARH vont être tout à fait meneuses de jeux et merci à Maryse Lepée d'être avec nous. Elle est secrétaire générale de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en Ile de France (ARHIF).

Je pense qu'il est important que l'on puisse à la lumière de ce que nous allons voir et entendre aujourd'hui essayer de définir quelle est notre place en tant que psy, comment la solliciter, comment l'assumer ? comment élargir nos champs d'intérêts, nos champs de compétences, nos champs de collaborations avec les divers statuts, les diverses personnes qui vont être impliquées dans ce travail pour que nous puissions illustrer cette collaboration au niveau des soins et également au niveau de la prévention et de l'éducation pour la santé.

Je voudrais vous demander d'excuser Denis Lacoste qui devait introduire cette matinée et qui a été retenu, mais nous a fait parvenir le texte de son intervention.

Je remercie tous les participants et les intervenants et je donne la parole à Véronique Tirard.

Les CISIH à la croisée des chemins...

Docteur Denis LACOSTE – Président de la SFLS

Sujet inépuisable dans le contexte actuel... Il semble important à l'occasion de ce Colloque de la Commission Psy de la SFLS d'évoquer la mutation à venir dans les futurs COREVIH.

Un travail préalable dans chacun des Centres actuels est indispensable et urgent à l'heure des MIGAC/T2A (réforme du budget hospitalier déjà bien avancée) et le texte de la circulaire concernant les CISIH (et du décret d'accompagnement ?) est attendu avec impatience d'ici la fin du premier semestre.

Le chantier préliminaire, au demeurant difficile, consiste en un état des lieux selon une grille en cours d'élaboration qui devrait analyser l'activité, l'organisation, les moyens existants, les partenariats, les domaines d'excellence...

C'est sur une telle base que les contacts avec les tutelles régionales (ARH, Services déconcentrés) vont devoir s'établir, dans l'optique de véritables Contrats d'Objectifs et de Moyens avec les Etablissements de Santé.

C'est dire l'importance d'une réflexion suffisamment en amont, sans attendre les textes officiels.

On sait qu'un tel travail a déjà été réalisé par certaines équipes.

La diversité des CISIH est connue et des adaptations seront à trouver selon le contexte local, le schéma recommandé par la future circulaire étant sans doute « idéal » mais peut être difficile à adapter dans tel ou tel contexte spécifique.

La SFLS a été associée dès le début aux travaux de la Direction des Hôpitaux que nous remercions encore pour cela. Au cours de ces travaux nous avons pu pointer les spécificités des uns et des autres, et faire remonter les remarques et inquiétudes légitimes des responsables localement.

Les Assises de Toulouse, Tours et dans quelques mois de St Malo, sont sans nul doute des moments forts qui ont permis et permettront aux CISIH représentés de prendre la mesure de l'enjeu et les réunions à venir permettront de partager les expériences.

Quant aux enveloppes MIGAC (budget des Missions d'Intérêt Général et d'Actions éligibles à la Contractualisation) elles incluent les CISIH (structure, programmes et actions : recherche, enseignement, formation, expertise, coordination et évaluation des soins), mais le texte n'est pas encore fixé définitivement... Or, figure dans ce projet aussi le dépistage anonyme et gratuit, la prévention et l'éducation thérapeutique (mais quid du VIH ?), les emplois de psychologues dans les Services de soins, les actions de coopérations internationales, la prise en charge des détenus... Sommes nous partout dans les clous ?

La T2A (Tarification à l'Activité), on le sait déjà, ne permet pas une bonne prise en compte de l'activité ambulatoire majoritaire dans notre optique de soin spécifique.

Il faut donc une réflexion dans chaque Etablissement pour une meilleure appréciation de cette activité : cotation des actes en hôpital de jour, consultations

« renforcées » multidisciplinaires, pluri-catégorielles, au risque de voir ici ou là fragiliser les équipes impliquées.

Le financement par la Dotation Régionale des Réseaux figure dans la circulaire de mise en place des COREVIH comme une possibilité de recours... Mais comment éviter alors les conflits d'intérêt si le futur COREVIH concerné n'est pas un Réseau de Santé ?

Comme on le voit, il est plus que jamais nécessaire, dans le cadre d'une politique de pôle ou non, de se rapprocher de l'administration de chaque Etablissement de Santé pour mener à bien ce que nous espérons tous être une évolution (incontournable) profitable à tous et bien sûr à nos patients pour maintenir et tant que faire se peut améliorer la prise en charge.

Nous ne devons pas accepter un risque de réduction des moyens dévolus au VIH dans une telle période.

Rappelons la volonté politique qui a été marquée par le choix du SIDA pour la Grande Cause Nationale 2005 !

ÉVOLUTION DES « CISIH »

Docteur Véronique TIRARD-FLEURY

Bureau E2 – Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS)

Tout d'abord, merci à la SFLS de nous inviter à communiquer sur l'évolution des CISIH et tout particulièrement à Christiane Charmasson.

Je vais essayer d'aborder tout d'abord : « pourquoi faire évoluer les CISIH ? » et j'ai choisi volontairement de passer un peu de temps sur cette question là pour essayer de vous faire comprendre les raisons qui réellement nous ont poussé à susciter une évolution des CISIH. Je vous donnerai ensuite les grands axes de l'évolution proposée, et je passerai rapidement sur les étapes de la mise en œuvre.

Donc, pourquoi faire évoluer les CISIH ? un petit peu de temps, parce que quand les choses ont du sens elles se font quand même plus facilement avec plus d'envie. Pour comprendre, un rappel historique et le contexte.

Rappel historique, cela nous remet quand même en juin 88 puisque les CISIH et la lettre qui a instauré et créé les Cisih date de juin 88 et c'est une simple lettre. Le principe fondateur des Cisih, qui régente les Cisih encore aujourd'hui en 2005, le principe fondateur est d'associer les acteurs qui étaient nécessaires en 88, c'est-à-dire, les unités de soins médico-techniques, la recherche et l'épidémiologie avec en plus une mission de formation.

Je ne vous rappellerai pas, et je vais passer rapidement sur les caractéristiques de l'épidémie elle-même, à l'époque en 88 et la nécessité qu'il y avait de façon urgente, d'organiser la prise en charge, et dans le contexte historique de l'époque l'attribution de moyens fléchés VIH pour organiser cette prise en charge.

Pourquoi faire évoluer les Cisih, c'est à l'initiative de Jean François Delfraissy qui dans son rapport de 2002 a dit que l'organisation des soins, il faut mettre cela à plat. Il y a un groupe de travail qui a juste ébauché une première réflexion. Une enquête menée par la DHOS auprès des coordinateurs médicaux et administratifs des Cisih en 2002 et le constat, il porte à la fois sur l'organisation et la qualité de la prise en charge, mais aussi sur le contexte en 2005 dans lequel cette prise en charge s'inscrit.

Le constat avait des points positifs et des acquis que nous souhaitons bien évidemment préserver, le principal point positif, c'était sans doute la coordination des acteurs impliqués, la volonté d'une prise en charge globale et transversale de la pathologie. C'est un point d'autant plus positif, que à l'heure d'aujourd'hui on peut voir que quand même beaucoup de pathologies s'en inspirent et cela c'était vraiment un point majeur positif, c'est toujours un point majeur positif qu'il faut sans doute préserver.

Le deuxième point c'était l'effort qui avait été fait sur la recherche clinique avec les techniciens d'études cliniques, qui je vous rappelle sont financés à moitié pour la recherche et à moitié pour remplir des données DMI 2 et les données épidémiologiques.

Dans ce constat porté, il y avait aussi des points d'améliorations. Dans les points d'amélioration, l'extrême hétérogénéité des Csih, c'est-à-dire en 2002, au moment du constat on s'est dit, on est bien en peine de définir ce que c'est un Csih au jour d'aujourd'hui, tellement ils sont hétérogènes. Ne me faites pas dire, ce que je n'ai pas dit. La diversité c'est une richesse, mais dans un contexte aussi mouvant et aussi peu stable que l'environnement sanitaire et notamment hospitalier au jour d'aujourd'hui, d'avoir une structure qui est si peu définie et sur lequel on a du mal à mettre une définition précise, cela ne devient pas une richesse, mais cela devient vraiment un élément négatif. Donc, l'absence de socle commun de modalités de prise en charge sur le territoire, d'une part cela nuit à l'équité de la prise en charge et c'est facile à comprendre, mais en plus c'était un élément qui nous paraissait assez négatif. Dans les autres points d'amélioration, je vais insister sur deux : Le premier c'était l'implication diverse de l'ensemble des acteurs au sein d'un Csih. Je vais être un peu caricaturale, très souvent le Csih est parfois confondu avec le service de CHU des maladies infectieuses et à la base, la philosophie de base du Csih qui était de coordonner l'ensemble des acteurs impliqués, ce n'est pas cela et c'est vrai qu'en fonction des Csih, l'implication de l'extra-hospitalier, des différentes professions va se faire un peu en fonction des Csih.

Le deuxième point sur lequel je voudrais insister, c'est la participation du Csih à l'élaboration à la mise en œuvre de la politique VIH et le lien du Csih avec les services déconcentrés et les ARH, et alors là, je me félicite, j'ai déjà eu l'occasion de lui dire d'être à la même table ronde que Maryse Lepée qui est de l'ARH Ile de France, parce que traditionnellement, là encore, excusez moi d'être caricaturale, mais des fois cela aide à mieux comprendre, le dossier Sida est d'avantage pris en charge pour des raisons historiques... je ne sais pas exactement par les services déconcentrés, et on va dire que les ARH sont peut être plus en retrait au niveau national et encore une fois cela semble très caricatural sur le dossier Sida. Or, les patients, comme vous le savez, les caractéristiques actuelles de l'épidémie, c'est que l'on se félicite tous qu'il y ait une amélioration du pronostic, une augmentation de la durée de vie des patients, mais les patients sont aujourd'hui beaucoup pris en charge à l'hôpital, ils sortent aussi de l'hôpital, ils vivent, ils ont un travail, un désir d'enfant et donc les secteurs hospitaliers et extra-hospitaliers nous semblaient important et un enjeu important de l'évolution et de l'appliquer de façon conjointe et équitable.

Deux mots sur l'environnement, pour dire que l'environnement social et sanitaire est quand même assez mouvant et notamment sur le secteur hospitalier avec la mise en place des changements de modalités de financements et tarifications à l'activité. Je vous en dirai un mot rapide tout à l'heure.

Face à ce constat, il y avait deux positionnements possibles, fin 2002 début 2003, c'était, on se dit : on se met tous d'accord pour dire que le principe des Csih en lui-même n'est plus utile, et donc auquel cas on laisse faire les choses et encore une fois dans un contexte aussi mouvant, une structure définie aussi floue et aussi hétérogène, on pouvait le penser, chronique d'une mort annoncée. Ou alors, au contraire, on se dit le principe des Csih, il est capital à préserver, mais il faut l'adapter aux enjeux actuels de l'épidémie, et ce que l'on a essayé de faire. Donc, en janvier 2003, Edouard Couty nous a saisi sur un projet, qui est un projet général avec cinq axes de travail. Ce projet général s'appelle : Organisation et

Qualité de la prise en charge des patients affectés par le VIH. Un des axes de travail dont je vais un peu vous parler par la suite, c'est l'évolution donc des Csih vers les COREVIH (Coordination Régionale de la lutte contre les virus VIH), mais il y a d'autres axes de travail pour lesquels Pierre Buttet et Richard Ralicru, ce matin, vous présenteront plus en détail les orientations. C'est les recommandations en matière de prévention et d'éducation pour le patient VIH, il y a d'autres axes de travail, sont l'évolution du DMI2 et favoriser l'accès aux soins et à la prévention des publics en situation de vulnérabilité qui est un axe de travail important également.

Rapidement la méthodologie : un comité de pilotage pluri-professionnel et pluri-disciplinaire a été mis en place en 2003. On a essayé non pas de prendre des personnes plutôt pour des instances de coordination, type SFLS, CITRAS qui regroupait l'ensemble des Csih de l'AP-HP (plutôt qu'un Csih de l'AP-HP), il y a eu différentes communications, qui sont listés là. Certains d'entre-vous se souviennent sûrement de la Journée Nationale des CISIH du 18 mars 2004, avec une motion de quatre vingts psy qui avait été lue, nous reprochant sans doute à juste titre d'avoir pris insuffisamment en compte la dimension psy, ce qui a permis dans les suites du travail, non seulement à Christiane Charmasson de rejoindre le comité de pilotage, on avait fait le choix en fait de ne prendre aucune spécialité, c'est-à-dire qu'il y avait les coordinateurs médicaux et administratifs des Csih, il n'y avait pas hépatologues, il n'y avait pas de psy, il n'y avait aucune des spécialités et on voyait cela dans la consultation.

Christiane Charmasson a rejoint le comité de pilotage, le cahier des charges prévention/éducation pour la santé a été revu avec certains d'entre-vous, et donc cela a permis, j'espère, d'améliorer les choses.

Rapidement, les grandes lignes de l'évolution proposée. C'est mettre en place une organisation comme je vous l'ai dit adaptée aux caractéristiques actuelles de l'épidémie, contribuant à assurer une équité sur le territoire, participant à la mise en œuvre et à l'élaboration de la politique VIH et permettant une harmonisation de la prise en charge des patients.

Les deux diapositives suivantes résument, les quatre évolutions des Csih en futurs Corevih. J'ai essayé, autant que faire ce peut, toujours pour essayer de faire passer pourquoi on s'est orienté vers là et à chaque fois, l'enjeu qui était en cause dans cette orientation.

- ✓ Le premier enjeu, c'est l'équité de la prise en charge sur le territoire, cela veut dire définir au minimum un socle commun de modalités de prise en charge communes.
- ✓ Le deuxième enjeu c'est de l'adapter aux caractéristiques actuelles de l'épidémie, c'est-à-dire de faire participer et coordonner l'ensemble des acteurs aujourd'hui nécessaires qui vont bien au delà de ce qui est défini dans la petite lettre de 88, c'est-à-dire le soin, le médico-technique, la recherche et l'épidémiologie.
- ✓ Troisième enjeu, c'est rendre le plus efficace possible l'élaboration et la mise en œuvre de la politique VIH dans un territoire donné, et cela j'en ai déjà eu l'occasion d'en parler, c'était de renforcer le lien des Csih avec les services déconcentrés et les ARH.

- ✓ Quatrième et dernier enjeu, c'est améliorer la qualité de la prise en charge et essayer de suivre cette prise en charge avec une implication des Csih dans l'harmonisation des pratiques professionnelles.

Rapidement, le territoire de référence en cohérence avec l'évolution du système sanitaire actuel, le territoire de référence posé est la région avec, sans oublier le bon sens toujours, et donc dans certaines régions représentées ici comme Ile de France, Paca ou autre, évidemment ce n'est pas un Csih : une région, mais cela peut être mieux en le disant..., mais c'est tellement évident...

L'ensemble des missions coordonnées, c'est l'ensemble des acteurs. Il y a, il y figure « les équipes Psy Vih », Christiane a élargi la formulation, en me disant à juste titre qu'il n'y avait pas d'équipe Psy Vih partout. Et on peut aussi noter, les associations de patients qui deviendraient membres à part entière du Csih, du Corevih. Les centres de dépistages anonymes et gratuits, un des enjeux c'est quand même de rapprocher le dépistage et le soin, là aussi, il y a une hétérogénéité très importante, parfois le centre de dépistage est loin du service de maladies infectieuses, et les relations et les transmissions d'informations se font plus ou moins. Donc, cela nous semblait bien que le texte soit en cohérence avec cet enjeu.

Au niveau fonctionnement, le fonctionnement actuel des Csih est un binôme strictement hospitalier, coordinateur, administratif et coordinateur médical. Il nous semblait pour que l'évolution des Csih se fasse au mieux qu'il fallait élargir ces instances de fonctionnement avec une composition à la fois sur la prise en charge sanitaire à la fois sur la prise en charge sociale, mais en faisant un lien fort entre l'hospitalier et l'extra-hospitalier. Donc on a souhaité un comité de pilotage d'une trentaine de membres et un bureau qui se ferait par élection avec sept membres maximum à partir du comité de pilotage, où bien évidemment d'autres personnes que les coordinateurs administratifs et médicaux habituels sont largement et notamment, pourquoi pas les psychologues qui prennent en charge les patients, invités à rejoindre ces instances. Durée du mandat quatre ans, je vais passer vite la-dessus...

Une précision sur le cadre structurel et les moyens. Les Csih, on a choisi, même s'il y a une évolution possible vers les réseaux, parce que c'est vrai, que quand on réfléchit le fonctionnement du Csih que l'on souhaiterait, c'est un fonctionnement en réseau, on a choisi pour diverses raisons et notamment, pour des raisons de contexte du financement actuel de l'hôpital qui est assez mouvant, de continuer à faire ce qui est aujourd'hui prévu, c'est-à-dire que les Csih sont financés sur l'établissement de santé qui est le siège du Csih, donc c'est un financement hospitalier, ce qui est un paradoxe avec les évolutions que l'on veut donner, et il est prévu de les inclure actuellement dans les enveloppes dites missions d'intérêt général.

Une minute sur trois des nombreuses questions qui ont animé nos débats, la participation des acteurs associatifs, nous semblait vraiment une réelle avancée en cohérence avec la loi du 4 mars, cela a posé et certains d'entre-vous nous ont fait part des difficultés, des craintes que cela pouvait générer, donc on a rediscuté largement avec les associations pour essayer de mettre des gardes fous pour que cela se passe le mieux du monde et de ne garder que le côté positif.

La deuxième question, c'est celle des moyens, on coordonne plus d'acteurs donc il nous faut des sous, d'abord il faut bien comprendre que c'est une coordination d'acteurs, le Csih ne fait pas tout lui même, il ne va pas faire le dépistage, on lui demande juste d'inciter, en lien avec les services déconcentrés à mettre le centre de dépistage auprès du service de soins autour de la table, c'est une ambiguïté qu'il faut lever et puis sur la coordination il y a des acteurs qui faisaient parti de la coordination, je suis bien placée pour le savoir, puisque c'est ma spécialité de base, comme la parasitologie qui était très fortement représentée dans le début de l'épidémie et qui est moins représentée maintenant, alors que la cardiologie est arrivée... les acteurs ont aussi changé. Le paradoxe de l'effet de financement à l'hôpital strictement, j'en ai dit un mot...

Alors, avant de finir les dix étapes de la mise en œuvre, juste une précision, on avait initialement l'intention de faire une circulaire pour faire évoluer ces Csih, à la réflexion et notamment, le Conseil National du Sida a rendu un avis orientant d'avantage vers un décret. Donc, nous sommes en train, avant les dix étapes de mise en œuvre, de faire muter la circulaire en décret, donc, j'espère que cette mutation se fera sereinement et rapidement, mais c'est donc une étape préalable. Une fois que le texte est sorti, on a prévu une dizaine d'étapes de mise en œuvre et le niveau national et le comité de pilotage vont essayer pour les ARH et les services déconcentrés de faire... On a prévu dix étapes et dix outils d'aides pour la mise en œuvre de cette évolution des Csih en Coordination Régionale du VIH (COREVIH).

La dixième étape, je ne sais pas si elle est bien placée chronologiquement, mais en tout cas la cohérence régionale est un point important. Le sida a très souvent été, parce qu'il a eu des crédits fléchés à une époque et est plutôt un électron libre dans le système sanitaire et cela ne nous semblait vraiment pas efficace, donc l'idée c'est qu'il soit inscrit dans les contrats pluri annuels d'objectifs et de moyens, dans les SROS, dans les PRSP, dans les SREPS et que la pathologie Sida soit prise en compte dans tous ces schémas qui essaient d'apporter de la cohérence au niveau de la santé publique régionale.

Pour finir, une petite phrase de Bouddha : « il n'y a rien de contant, si ce n'est le changement » et avant de laisser la parole, une question : Le rôle de la SFLS Psy dans la mise en place des COREVIH ?

Merci de votre attention.

DÉBAT

Christiane Charmasson

Merci Véronique tu as été parfaite au niveau temps. Nous avons proposé à chacun des intervenants de s'exprimer en vingt minutes et garder dix minutes pour les échanges avec chacun d'entre-vous et qu'en fin de matinée nous ayons un débat élargi à l'ensemble des intervenants. Cependant, Maryse Lépée doit nous quitter vers 11 heures et demi, nous avons donc interverti l'ordre du programme lui proposant de parler après Véronique pour nous éclairer sur le rôle des ARH et mieux préciser celui des PRSP.

Si vous le voulez bien, avant de prendre la parole, donnez audiblement votre nom, votre fonction et le lieu où vous exercez, car cela nous permet de vous identifier plutôt que de mettre « un ou une intervenante », cela facilite la tâche de Nina qui est la secrétaire médicale du Comité Sida Sexualités et Prévention de Ville-Evrard et qui assure le secrétariat de ces journées.

Un mot pour dire à ceux d'entre vous qui étaient là l'année dernière que nous venons de recevoir les actes de 2004, qu'ils sont à votre disposition à l'entrée, que vous trouverez également la dernière lettre de la SFLS et les appels à communications pour les Assises et Congrès qui se tiendront à Saint Malo les 6 et 7 octobre prochain, dont le thème me paraît tout à fait en écho avec notre pratique et nos préoccupations à savoir : « Père, Mère, Enfant et VIH » et surtout « Ethique et VIH ».

Ces appels à communications sont à la fois pour la journée des Assises, où nous proposons un atelier catégoriel, les « psy » sont appelés à venir illustrer ce moment des Assises. Vous trouverez à l'entrée la liste de l'ensemble des formations organisées par la SFLS pour l'année 2005, celles-ci sont très riches et très variées

La parole est à vous à propos des perspectives que Véronique vient très clairement d'énoncer afin que vous puissiez poser les questions et déterminer ce qui vous semble être la place des « Psy » dans ces futures orientations.

Dominique Jammot du CISIH de Bordeaux

Ce n'est pas une question psy, vous avez dit que ce serait un décret et non une circulaire, si tout se passait bien... et j'ai compris un peu comme cela. Quelle différence cela fait-il et nous le dire très rapidement ? car cela m'intrigue et sans me parler.

Véronique Tirard Fleury

Il y a une différence majeure et pour cela que je suis vraiment contente que le ministre ait donné son accord pour un décret. Cela ne résout pas tous les problèmes, bien évidemment, mais la différence entre une circulaire et un décret,

c'est qu'un décret est opposable, alors qu'une circulaire ne l'est pas. C'est-à-dire, qu'il y a une incitation beaucoup plus forte à mettre en place et on pensait que pour ce type de recommandations, le fait de le faire en simple circulaire ne favorisait pas la mise en œuvre. Donc si on arrive à le faire, on pense que c'est un plus. Cela ne résoud pas tous les problèmes encore une fois.

Il y a l'accord du ministre donc on a une proposition de texte que l'on va soumettre au comité de pilotage après dans les calendriers il y a une consultation officielle qui dure trois semaines, un mois de l'ensemble des présidents de CHU, les ARH, les Agences, etc... et après cela passe au Conseil d'Etat. Pour moi, il n'est pas encore sorti et je suis quelqu'un de prudent... Il est inscrit dans les décrets qui doivent passer en Conseil d'Etat avant le 30 juin. Il est inscrit, maintenant on fait tout pour....

Marie-Lise Salin, Psychologue clinicienne au Centre Hospitalier de la Basse-Terre en Guadeloupe.

Donc, mon interrogation, c'est concernant l'équité sur le territoire, nous la région Guadeloupe département, avons la réalité un peu compliqué, complexe de Saint Martin. Je sais quand on se réunit, il y a quand même cette grosse discussion de deux Corevih. En tout cas Saint Martin souhaite avoir un peu d'autonomie de fonctionnement et je voulais savoir est-ce que vous avez abordé aussi cette problématique.

Véronique Tirard Fleury

Ce qui est prévu ... le Ministre a donné son autorisation pour un décret, sous réserve que ce soit à moyen constant, donc il n'y aura pas cinquante Corevih alors qu'il y en a trente deux aujourd'hui, c'est la première précision. La deuxième chose, c'est un arrêté ministériel qui sur avis des ARH et des services déconcentrés vont nous proposer une zone de référence pour le Cisih, un établissement de santé siège du Cisih. Et un arrêté ministériel prendra cela pour l'ensemble du territoire. On va faire au prochain comité de pilotage un document qui va nous aider à prendre cet arrêté avec notamment la file active et en faisant préciser les particularités géographiques. Vous signalez Saint Martin, je sais qu'il y a d'autres régions où d'autres Cisih font trois régions très étendues, où une des régions va d'ailleurs plus dans un autre Cisih. Il y aura peut être des réajustements, mais cela sera à la marche puisqu'on est dans une enveloppe à moyen constant, que les Cisih ont quand même eu des temps financés de vacations de coordinations médicales, d'assistants administratifs pour Paris en tous cas, des TEC, etc... Donc, ce sera la marge. Mais c'est vrai, que j'aimerais inscrire dans les critères qui vont nous orienter sur cette nouvelle territorialisation, des particularités comme les particularités géographiques, c'est le bon sens encore une fois.

Denis Méchali – Médecin à l'Hôpital Delafontaine à Saint Denis – 93

Je voulais faire remarquer que dans, ce que je connais bien, c'est-à-dire le département 93 et notamment l'ouest du département, je suis un peu frappé depuis quelques années par le contraste entre une réalité épidémiologique forte sur le VIH/Sida notamment sur la montée en puissance si j'ose dire des migrants dans les files actives et les désengagements réels importants fonctionnels des services déconcentrés, qu'il s'agisse de la DDASS 93 ou qu'il s'agisse de l'ARH, je le dis à Maryse Lépée, mais elle le sait... Voilà, je pense il y a à la fois tout dans ce département, tout un passé qui fait que toute une richesse peut se réactiver, mais à mon humble avis, le besoin est là.

Daniel Grosshans – Psychologue clinicien – Strasbourg

Je voudrais revenir sur un point qui revient dans notre clinique, à nous psy, c'est la question de la relation de la ville et de l'hôpital. Est-ce que vous n'êtes pas un peu idéaliste dans le domaine ? C'est ma première question.

Je pense que vous avez raison de mettre cette question en avant, mais ce qu'on peut entendre nous, des patients, c'est qu'ils ont envie d'avoir quelqu'un qui leur réponde d'une manière compétente. Or, effectivement les patients font vite le choix, c'est-à-dire, les personnes compétentes, et cela on le sait même en dehors de l'avis des patients, c'est effectivement les personnes, les médecins qui suivent un certain nombre de patients. Il faut un certain nombre de patients pour devenir compétent.

Et cela, c'est quelque chose qui n'est pas si évident que cela de dire, bon, il y a l'hôpital, il y a la ville, il faut redispacher en dehors de l'hôpital et est-ce que l'on ne va pas arriver effectivement à terme en état très très caricatural avec les problèmes VIH pris en charge à l'hôpital et la bobologie des patients en ville. Je crois que ce n'est pas simple dans d'autres pathologies cela se présente aussi, mais j'ai l'impression que c'est une bonne intention. C'est peut-être bien de l'avoir..., mais est-ce que cela va donner un résultat ?

Véronique Tirard

Sur le résultat, j'aimerais bien pouvoir vous le dire.... Au jour d'aujourd'hui, il y a quand même une ambiguïté très forte, et encore une fois c'est caricatural entre la confusion entre le Csih théoriquement instance de coordination et le service des maladies infectieuses du CHU, et on était à peu près tous d'accord et je pense que votre intervention rejoint cela, et que ce n'est pas très favorable. Alors, faire travailler l'hôpital avec le monde extérieur qui l'entoure, et bien ce n'est pas facile. Nous, notre travail, c'est de faire en sorte que les textes soient une aide pour les gens qui veulent le faire, ceux qui le font spontanément, continueront, j'espère à le faire, et dans les endroits où cela ne se fait pas spontanément et bien nous notre travail au niveau national c'est d'écrire, et ce n'est pas très poétique, mais ce sont des circulaires et des décrets et d'essayer que cela aide, mais cela ne fait pas tout, on est bien d'accord. Donc le résultat, point d'interrogation... Avoir un texte en accord avec ce que l'on veut, cela me semble quand même important,

plutôt une lettre qui était très bien en 88, les gens qui l'ont faite, tous les gens qui en parlent et qui ont tenu la plume en 88 en parlent avec beaucoup d'estime et je les rejoint. Elle était très bien en 88, en 2005 on ne peut pas avoir cette lettre là pour les Csih.

Christiane Charmasson

A ce propos, je pense qu'on peut avoir une pensée et un remerciement pour Gabriel BEZ qui a permis la création des Csih. Qu'effectivement on ait pu tenir près de 15 ans comme cela, c'est tout à fait étonnant, je crois qu'il faut que l'on soit très soutenant dans cette initiative de renforcement de la définition, des objectifs, du statut des futurs Corevih. Je crois qu'il faut vraiment qu'on essaye de sortir de l'hospitalo-centrisme, des petites « baronnies » de services, de ce qu'elles représentent en terme de pouvoir, en terme de représentation du seul pouvoir médical. Il faut qu'on élargisse les choses d'une façon tout à fait sensible, c'est vrai que dans certaines régions et par exemple à Strasbourg, quand on parle du Csih, on parle du service des maladies infectieuses, ou de l'hôpital de jour. Vous voyez qu'il y a quelque chose là qui est extrêmement limité, qui est réducteur, il faut qu'on arrive à sortir de cela. Que l'on fasse en sorte que les médecins dits somaticiens, je ne n'aime pas beaucoup ce terme... mais enfin... que les personnes qui s'occupent du corps et que les personnes qui essayent d'avoir une écoute, une complémentarité d'approche au niveau du psychisme travaillent ensemble. Mais il y a des quantités d'intervenants qui hors du milieu hospitalier, hors de la médecine, hors de la psy, ont un rôle tout à fait important à associer, à conjuguer au travail que nous essayons de réaliser à la fois dans le soin, de l'accompagnement, et dans la dimension sociale.. Il faut qu'on arrive à trouver quelque chose qui permette aux personnes dont nous avons la charge, la responsabilité et je dirais la confiance, puisqu'elles continuent à venir nous voir, nous puissions leur permettre d'avoir sur l'ensemble d'une prise en charge, l'accompagnement, du soutien, eh bien que nous puissions leur permettre d'avoir accès, d'une façon beaucoup plus souple et simple à l'ensemble des personnes et des services qui sont à leur disposition.

Donc, je crois qu'il faut vraiment qu'il y ait une évolution là et surtout ce que j'aimerais c'est que vous puissiez aujourd'hui apporter votre « grain de sel », apporter vos réactions, qu'elles soient positives, qu'elles soient agacées, enfin celles que vous avez, pour dire de quelle manière est-ce que nous pouvons en rentrant chez nous et lorsque ce décret on l'espère sortira, de quelle manière inscrire la dimension psy dans ce travail.

Véronique Tirard Fleury

Je pense qu'un des secteurs important de changement ce sera le fait que dans les instances de fonctionnement, le comité de pilotage et le bureau, qu'on aille au delà de l'hôpital des bons docteurs et donc cela veut dire que d'autres personnes, que la prise en charge psychologique en fasse partie et soient membres de ces

instances, les associations de patients, je pense aussi sont un facteur de changement et donc je pense que c'est un facteur important de changement.

Muriel Chevalier – Psychologue à l'Hôpital de Tours Réseaux

Justement, vous n'avez pas développé, et j'aurai voulu avoir votre éclairage par rapport à cette évolution des Csih par rapport aux réseaux, vous n'avez absolument pas souligné ce terme là « réseau ville-hôpital ». C'est vrai que notre prise en charge se fait surtout au niveau du centre hospitalier, en association avec ce réseau.

Véronique Tirard Fleury

Il y a plusieurs éléments de réponse, il y a un élément de réponse, le Csih qui a normalement une vocation régionale, il y a des tas de réseaux qui sont plutôt des réseaux ville hôpital, ce n'est plus actuellement le terme consacré, mais qui ne sont plus des réseaux autour d'un hôpital. Donc, il n'y a pas la même dimension. J'ai prononcé le mot réseau parce que, fondamentalement, je pense que ce que l'on propose pour les Corevih, c'est un fonctionnement en réseau. On ne l'a pas fait vraiment pour des raisons beaucoup plus stratégiques, financières, que ce n'était pas le moment de sortir l'argent du Csih pour le faire passer dans une enveloppe réseau. Ce n'était vraiment pas le moment, mais fondamentalement c'est une évolution des réseaux. Il y avait un autre point qui était embêtant c'est que les réseaux sont décidés au niveau des commissions régionales, donc cela pouvait en fonction des priorités de santé, cela pouvait aussi dire que dans une région il n'y avait pas de Csih. Il y a plusieurs éléments qui ont fait que c'est un paradoxe, pour l'instant le financement est donc un point important et est encore délégué à l'hôpital. Maintenant, l'idée c'est je crois dans le projet de texte de circulaire que dans le bureau par exemple, il y ait un membre de la coordination du réseau ville hôpital. C'est un lien qui peut tout à fait favoriser les liens entre l'hôpital et l'extra hospitalier.

Je ne suis pas à l'aise sur les réseaux, d'abord parce que le bureau dont je fais partie ne s'occupe pas des réseaux, ce que je sais c'est que le décret de 2002 et la circulaire qui ont acté l'évolution des réseaux ont mis beaucoup en difficulté les réseaux ville hôpital, notamment VIH et je pense que c'est une question qu'il faut que l'on travaille ensemble en ce moment, parce que ce que je sais, c'est que le dossier de demande des NDR qui donc acte l'ensemble des réseaux est très, très lourd et que pour faire ce dossier et être reconnu, dans ce qui va être les réseaux au jour d'aujourd'hui, eh bien il y a beaucoup de réseaux ville-hôpital VIH qui sont mis en difficulté, donc je pense que c'est une autre question. Il y a une co-existence souhaitée entre les Csih et les réseaux avec des dimensions différentes et une participation de l'un à l'autre et il y a un réel problème des réseaux actuellement. Mais c'est deux questions, je pense.

Maurice Nègre – Médecin à Nice – Hôpital Psychiatrique

J'aimerais que l'on reprenne et je comprends l'intérêt du décret et du changement, mais il me semble que les Csih en particulier en Paca reliés directement aux services des maladies infectieuses, et qui d'ailleurs sont en lien avec le réseau ville-hôpital puisque c'est aussi le Csih qui a la responsabilité du réseau ville hôpital en Paca, ont permis jusqu'à 97 de donner l'ensemble des moyens à l'hôpital quand l'épidémie remplissait les services dits de maladies infectieuses, de médecine interne, de ceux qui s'occupaient traditionnellement du VIH et que les patients y décédaient et qu'il y avait un besoin très important de médecins pour la prise en charge de ces malades très difficiles. Les choses ont changé à partir de 97. A partir du moment où les lits se sont vidés, que les malades ont arrêté de mourir de cette maladie et pour autant les moyens médicaux alloués à ces dits services de médecine infectieuse, internes et hématologique n'ont pas diminué. Les médecins n'ont pas rendu, ils l'ont pas rendu les moyens dont ils disposaient, alors que les malades eux avaient quitté l'hôpital. Et là, il y a quelque chose me semble-t-il à partir de 97 qui est un effet pervers, qui a consisté « à comment va-t-on faire pour garder ces moyens ». Et « le comment va-t-on faire », on l'a imaginé à travers une « complexification » de la prise en charge de ces patients avec le psychosocial, avec l'observance, avec tout un tas de trucs bizarres qu'on a commencé à inventer comme si c'était extrêmement nouveau, pour garder les moyens. L'impression que j'ai dans ma région, et je ne sais si c'est comme cela partout, et cela me semble totalement inacceptable. Si dans votre décret, l'idée c'est d'obliger les gens à rendre ces moyens et peut-être leur faire cesser de nous faire croire qu'il s'agit d'une maladie, très difficile à prendre en charge, beaucoup plus difficile que les autres et qu'à ce titre elle ne peut pas être suivie ailleurs qu'à l'hôpital. Je n'ai pas l'impression que ce soit une maladie si difficile que cela à prendre en charge, même si régulièrement on a quelques immunologistes et virologues qui viennent nous parler de mots assez compliqués et pour nous faire croire que il est nécessaire avant toute instauration de traitement et donc tout suivi, d'avoir au minimum associé au diplôme de docteur en médecine, un doctorat de sciences, j'en suis pas sûr.

Véronique Tirard Fleury

Juste un élément de réponse qui est... peut-être que Maryse Lépée à d'autres éléments de réponses, il y a quand même des changements de modalités du financement de l'hôpital, dont je ne suis pas spécialement professionnelle de cela, mais c'est quand même que l'hôpital va être financé par ce que l'on appelle la tarification à l'activité. Donc, c'est un des éléments de réponses. Il y aura d'autres éléments qui seront apportés tout à l'heure.

Christine Castet – psychologue clinicienne en Infectiologie à Bichat

J'en ai pour une seconde, et ce n'est pas vraiment en question... J'avais envie quand même de dire, je ne sais pas ce qu'il en est en Province, puisque moi je suis à Paris. Je suis étonnée, les lits ne sont pas vides, très loin de là, l'épidémie elle a changé de visage, mais les files actives s'accroissent et ne diminuent pas et effectivement, que ce soit au plan médical ou sur d'autres plans, cela se complexifie à la fois parce que ce ne sont pas tout à fait les mêmes populations et

que d'autre part on a affaire à des personnes qui arrivent par exemple, les nouvelles primo infections sont bien plus lourdes et avec des virus beaucoup plus compliqués, qui bien souvent ont muté... Il n'y a pas trop de moyens, au contraire on nous en a enlevé plein, alors qu'il y a de plus en plus de patients.

Christiane Charmasson

Si vous voulez bien, on reprend globalement les interventions des uns et des autres. Je voudrais remercier Maryse Lépée d'être avec nous, elle est Secrétaire Générale de l'ARH d'Ile de France et surtout je voudrais la remercier d'être présente et fidèle depuis si longtemps, depuis tout à fait le début de nos préoccupations, elle était notre Directeur de DDASS en Seine Saint Denis pendant de nombreuses années, dans les années 90 et elle nous a vraiment donné les moyens avec notre Directeur de L'hôpital de Ville-Evrard, Charles Henri Marchandet, notre ancien Directeur que je remercie d'être présent aujourd'hui.

Si vraiment on a pu faire un certain nombre de choses qui nous paraissent correspondre aux besoins des personnes dont nous avons la responsabilité eh bien c'est toujours une affaire de personnes, et là en l'occurrence, un directeur de DDASS tel que Maryse, un médecin inspecteur tel que Patricia Vienne, il faut vraiment penser à elle parce qu'elle a été motrice dans toute cette aventure et tous ceux qui dans le département ont été acquis à ce que nous avançons ensemble. Maryse, je te remercie d'être encore là à nos côtés et de nous donner l'éclairage de l'ARH dans les orientations qui sont aujourd'hui proposées, merci.

LE RÔLE DES ARH ET LES PRSP (Programmes Régionaux de Santé Publique)

Maryse LEPÉE

Secrétaire générale de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France (ARHIF)

Bonjour aux uns et autres, j'ai plaisir à saluer mes amis de la Seine Saint Denis, effectivement Christine BARBIER qui est médecin inspecteur maintenant à la DRASSIF, Charles Henri MARCHANDET ancien directeur de Ville-Evrard et Denis MECHALI et bien sûr Christiane.

Lorsque Christiane, j'ai répondu oui à ton invitation en fin d'année, je ne mesurais pas vraiment l'ampleur du défi que devant vous ce matin j'allais devoir surmonter. Vous parler de l'articulation des CISIH et des ARH. Rappelons nous ce que nous a dit tout à l'heure Véronique dans son intervention. Le CISIH globalement c'est un outil à la disposition de la politique de santé publique, c'est un acteur de santé publique à part entière, qui doit faire, du lien, de l'articulation, de la fédération, de la mutualisation avec les acteurs de proximité que sont les secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, libéraux même, il faut aller jusque là. Et puis l'hôpital et l'extrahospitalier, cela en soi est déjà un défi, parce que les institutions sont sacrément cloisonnées et nos modes de financements, tels qu'ils évoluent, vont de plus en plus, hélas, aller vers cela. Et puis, d'autre part Véronique nous a dit non seulement, c'est un acteur de lien sur le terrain, mais c'est aussi un acteur de lien entre les institutionnels et alors là quand on parle des institutionnels ont un enjeux de pouvoirs en perspectives, on a les lignes jaunes qu'il ne faut pas franchir, on a les financements qui bloquent, tout cela est un peu compliqué. Faire du lien entre les services déconcentrés, les ARH et les CISIH. Alors avant de venir, je me suis livrée hier à un petit sondage rapide au sein de l'ARH.

L'ARH d'Ile de France, c'est vingt personnes, simplement vingt personnes, douze chargés de mission autour du directeur, Philippe RITTER, le Directeur de l'ARH d'Ile de France depuis deux ans et que j'ai rejoint il y a deux ans. Je suis allée interroger mes collègues en leur disant : « vous savez ce que c'est qu'un CISIH ? ». Il y en a trois, dans lesquels je me compte, qui ont dit : « ça je sais » Il y en a un qui m'a dit, cela fait le trois et demi qui m'a dit, cela doit s'occuper du VIH, et il y en a huit qui ne savaient pas. Alors, cela prouve, Véronique, l'ampleur du défi à parcourir, puisque au sein même d'une ARH, la plus grande, celle qui est la plus concernée par le VIH, on ne sait pas globalement à raison de deux tiers, ce qu'est un CISIH. Voilà je crois, le décor est planté et cela nous prouve l'ampleur du défi qu'ensemble nous avons à surmonter, pour faire en sorte que quelque part, cela veut dire quoi tout cela, que quelque part, nous puissions articuler des politiques de santé publique et de l'offre de soins hospitaliers. C'est cela que cela veut dire, quand on parle de CISIH et d'ARH et mieux articuler tout cela, c'est quelque part oser dire tranquillement, mais déjà oser le dire est en soit important qu'il y a dans notre politique de santé en France, et j'en parle d'autant plus que j'ai été DRASS donc j'ai porté des politiques de santé publique dans une région fortement marquée par ces problèmes en Picardie, où il y a 15% de surmortalité

par rapport à la mortalité française, par rapport à la moyenne, donc on voit bien que le problème essentiel c'est de mieux articuler la santé publique, la prévention, le dépistage, l'éducation pour la santé en amont. L'hôpital, qui est là avec ses financements et qui est omni présent et puis tout le médico-social en aval de l'hôpital. Cela est le vrai défi, c'est le vrai problème de la santé publique en France quelque part et ce n'est pas la récente loi de l'été dernier, pas plus que la loi assurance maladie. L'été dernier a été très florissant de lois importantes : la loi assurance maladie, la loi santé publique, la loi décentralisation. Cela vaut un peu la peine d'y regarder ce qui se passe dans cette loi. Et on voit bien que nous nous heurtons à ce vrai problème là. Je vais vous proposer très vite après avoir planté le décor une intervention en deux points.

D'abord que fait l'ARH ? Vous êtes des acteurs de santé publique et peut être que globalement l'ARH ne connaît pas la santé publique, mais peut être que vous ne savez pas trop ce que fait une ARH, mais je vais vous le rappeler très brièvement, et ensuite je vais vous proposer des pistes pour suivre la demande de Véronique, voir comment on peut mieux articuler tout cela à terme.

Alors l'ARH ! Cela n'existe pas depuis très longtemps, il faut oser le dire, c'est une institution qui a été créée par les ordonnances de 96 en même temps que le grand frère jumeau, le grand frère rival : les URCAM (les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie). L'ARH s'occupe du soin hospitalier, et l'URCAM s'occupe de l'ambulatoire. Déjà là, on a mis une ligne jaune, et on a là deux institutions qui forcément se livrent en rivalité, c'est très clair. Alors que dans la vie au quotidien le libéral et l'hospitalier, les réseaux, vous en avez parlé tout à l'heure, Madame, et je suis une fervente partisane des réseaux, quelque part le réseau, c'est bien cela le font du réseau, c'est d'articuler l'ambulatoire et l'hospitalier. Donc les ARH, 96, sept à huit ans d'expérience, nous avons trois missions essentielles :

La première, celle par laquelle nous sommes vécus. On alloue des ressources, l'Ile de France c'est un budget de 12 milliards d'euros. Dans ces 12 milliards d'euros, il y a les 5 milliards d'euros de l'AP sur lequel on formule un avis, c'est un peu compliqué tout cela, les relations avec l'AP par moment, mais on peut aussi faire avec l'AP de très belle chose, j'en parlerai tout à l'heure. Donc on alloue des ressources, et les ressources actuellement c'est bigrement compliqué. Véronique l'a dit tout à l'heure, l'hôpital est en pleine mutation, vous le savez, vous qui êtes dans les hôpitaux. C'est la fameuse tarification à l'activité (T2A). C'est quoi ? Plus je fais d'activités plus je suis payé, je parle de mes recettes d'abord. Donc globalement, je vais favoriser les disciplines, les actes, qui sont les mieux rémunérés. Et à terme, on verra ce que cela va donner, mais on est à l'heure actuelle dans cette montée en charge progressive de la T2A, cette année 25 % de T2A, ce n'est pas neutre. L'année dernière 10 % de T2A nous devons arriver à une T2A complète pour 2012. On a bien donc là un hôpital qui est tourné vers sa recherche de performances économiques. Et du coup, les politiques de santé publique que j'évoquais tout à l'heure qui ont un peu de mal à rentrer à l'hôpital qui ne sont pas vraiment connues vont être un peu mises en difficulté quand même en dépit de ce qu'elles sont préservées dans les missions d'intérêt général.

Première mission, donc l'ARH alloue des dotations de fonctionnement aux hôpitaux.

Deuxième mission : elle planifie dans le cadre des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire, les fameux SROS, vous avez au moins entendu parlé de ce vocable. Alors les SROS2, nous sommes en train de préparer un SROS3 qui devra être finalisé pour globalement mars l'année prochaine. Les SROS c'est la définition de l'offre de soins par rapport aux besoins dans une région. La grande innovation des SROS3 c'est la dimension territoriale. Je crois profondément à cette approche là. La région Ile de France est partagée, divisée, en vingt deux territoires de santé et chaque territoire de santé va devoir se mettre en ordre de marche pour définir les coordinations, les mutualisations, les savoir-faire, les plateaux techniques communs, faire en sorte que les urgences hospitalières travaillent mieux avec les libéraux.

Quand on entend ces temps-ci Patrick Pellou intervenir, on se dit que quelque part il n'a peut être pas globalement tort, quand même. Donc mieux articuler l'offre de soins hospitaliers, le libéral au niveau des urgences, c'est cela un projet médical de territoire, reprenez ce terme nouveau : PROJET MEDICAL DE TERRITOIRE, qui définit au sein de chaque territoire de santé, le savoir-faire des hôpitaux avec ses partenaires de proximité. On se dit , là il y a peut-être un espace de liberté où l'on peut faire en sorte que les acteurs se fédèrent davantage. Et enfin, dernière mission des ARH, faire en sorte de contractualiser avec les hôpitaux. Contractualiser sur la base des cinq ans à venir, sur les priorités d'un hôpital sur la base de choix prioritaires stratégiques, sur la base d'un projet d'établissement, et sur la base des financements.

Alors tout ceci est en train d'évoluer fortement, puisque désormais les financements deviennent quasiment automatiques, nous avons des financements qui sont liés à l'activité des hôpitaux avec une codification nationale. Tel acte coûte tant, donc je multiplie le nombre d'actes par la codification, par le montant retenu au niveau national et du coup les contrats d'objectifs et de moyens prennent une toute autre allure. Voyez que tout cela est en train d'évoluer fondamentalement, alors certains parlent de crise à l'hôpital, je ne dirai pas cela, simplement nous sommes dans un devenir qui n'est pas très lisible, cela il faut oser le dire. C'est bien vrai !.

Ces missions sont en train d'évoluer parce que quelque part le cloisonnement devient au bout d'un moment insupportable, en tous cas, il génère un surcoût. On a quand même globalement 14 milliards de déficit dans l'assurance maladie, il faut parfois s'en souvenir, quand même. Et du coup les institutions en France ont fait des choses absolument merveilleuses de ce point de vue là. Quand on ne sait pas faire, on crée une institution complémentaire.

Donc nous sommes en train de créer avec l'URCAM; une mission conjointe que l'on appelle une mission régionale de santé, l'URCAM c'est l'institution sur le soin ambulatoire, nous sur le soin hospitalier, on crée une mission régionale de santé qui est chargée de mieux coordonner l'ambulatoire et l'hospitalier. Je ne sais pas si on va y arriver, je ne sais pas ce que cela va produire, mais on aurait peut être pu y penser avant, au lieu de créer une mission en plus....

Sur la santé publique on est en train de créer, c'est la loi du 9 août dernier, un Groupement Régional de Santé Publique, un GRSP, qui sous l'égide du préfet de région, la santé publique est une compétence état à part entière, on est en train de créer un groupement régional de santé publique qui va regrouper l'ensemble des acteurs participants à la santé publique. Et on retrouve toujours les mêmes, d'ailleurs : l'ARH, l'URCAM, les associations (on essaye de ne pas les oublier), les fédérations ; globalement, le paysage en pleine mutation.

Alors comment, peut-on, Véronique et puis nous tous, faire évoluer ce paysage, pour faire en sorte que globalement tout cela se mette mieux en place et quelque part, ensemble avec beaucoup de bonnes volontés, on commence à abattre ces cloisons qui nous guethoïsent quand même car c'est bien de cela dont il s'agit.

Alors, j'ai trois ou quatre axes de propositions au titre de ce rapprochement ARH – CISIH. Je pense que d'abord, il serait souhaitable de travailler puisqu'on est en train d'élaborer le SROS3, il serait tout à fait souhaitable de se dire que là il y a du lien à faire, entre le programme régional de santé publique que les DRASS sont en train d'élaborer dans le cadre de la loi de santé publique et puis nous sur les SROS.

Je remercie ici, tout particulièrement Christine qui va faire ce lien entre santé publique et hôpital sur, par exemple addictologie, sur un certain nombre de thématiques qui permettent de regrouper la prévention VIH, le dépistage, l'éducation pour la santé par rapport aux grandes thématiques régionales d'organisation sanitaire. Cela est un premier point au niveau régional.

Il y a un second point sur la planification, qui me paraît être tout aussi efficace qui est au niveau du territoire. Le territoire, c'est magique, le territoire, les acteurs sont là, ils sont prêts à faire ensemble, il faut simplement les pousser, leur montrer le chemin quelque part, parfois leur prendre la main, les accompagner un moment, puis après ils font très vite tout seul. C'est la vertu du partenariat. Faire en sorte que les acteurs de terrain, plutôt les acteurs en matière de VIH, en matière de prévention et de dépistage, soient présents à l'hôpital et c'est l'occasion peut être de faire en sorte que l'hôpital se transforme à terme en un acteur de santé publique. Forcément qu'il restera l'acteur essentiel au niveau de la prise en charge du cancer, de ces pathologies très lourdes, mais si en amont dans quelques hôpitaux, alors c'est mon rêve, on a le droit d'avoir des rêves, et il faut surtout les porter le plus loin possible. Si dans le SROS Ile de France, quelques hôpitaux étaient ces porteurs de pôle de santé publique, en amont dans la prévention où la dimension VIH serait très présente, pourquoi pas, et je pousse quelques hôpitaux, dans les lieux où vous êtes, ayez cela en tête, tentez de faire émerger cette idée là, de faire en sorte que cet hôpital soit aussi un acteur de santé publique à part entière. Et c'est le moment où jamais, le moment où l'on élabore les projets médicaux de territoire.

Nous avons à l'ARH lancé en fin d'année un questionnaire sur l'investissement des hôpitaux de la région Ile de France, pour savoir l'investissement des hôpitaux en matière de santé publique. Nous avons eu un taux de réponses, nous avons consulté à peu près 200 acteurs des hôpitaux de plus de 100 lits dont l'AP-HP, nous avons eu un taux de réponses de l'ordre de 45 %. On se dit il y a 45 % qui sont prêts à faire de la santé publique, et l'on voit bien que toutes ces démarches

d'éducation pour la santé, de dépistage, tout cela existe en partie, mais il faudrait le valoriser encore davantage, le financer dans le cadre des missions d'intérêt général.

Donc premier axe, il est possible de faire articuler santé publique autour du VIH et hospitalisation, hôpital, dimension de l'hôpital dans le cadre de la planification. Il est aussi possible de faire évoluer cela dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens. Véronique l'a dit tout à l'heure, nous négocions des contrats d'objectifs et de moyens avec l'ensemble des hôpitaux, bien sûr que les CISIH seront dans les CISIH, les hôpitaux supports de CISIH seront dans les contrats d'objectifs et de moyens, il faut leur accorder une place plus importante, et il y a peut être lieu de développer aussi, et là je me tourne vers Véronique, quelques CISIH supplémentaires sur la région Ile de France.

Donc en matière de contractualisation, alors là aussi on voit, qu'il y a lieu de faire en sorte que cette dimension santé publique soit présente au niveau de la contractualisation ; En l'état actuel, il n'y a rien, pratiquement rien, encéphalogramme plat d'une façon générale dans nos contrats d'objectifs et de moyens. Mais on voit bien qu'il faut là raisonner à long terme et se dire que quelque part on pousse un bateau, quelque chose qui va évoluer.

Et enfin autre moyen d'intervenir, c'est peut être tout ce qui tourne autour de la gouvernance. Je me dis que là, il y a lieu et j'ai en tête deux ou trois hôpitaux. Vous savez que la gouvernance, c'est la définition de pôles de compétences et je me dis que si on faisait émerger dans 4/5 hôpitaux d'Ile de France au moment où l'on va (les textes vont sortir sur la gouvernance, on les attend depuis pas mal de temps), nous pourrions faire émerger un pôle de santé publique dans lequel la dimension VIH serait présente, alors je pense notamment à la Seine Saint Denis bien sûr, à Paris en particulier évidemment, cela serait aussi notre façon à nous, en tant qu'ARH, de faciliter cette introduction de la santé publique et cette dimension du VIH.

Voilà, je crois qu'il y a différentes façons d'intervenir et sur Paris en particulier. Nous ARH, nous devons nous rapprocher de l'AP-HP pour travailler à cette meilleure articulation de nos dits CISIH : huit sur l'AP, deux sur l'ARHIF dont un qui est commun en Seine Saint Denis entre l'AP-HP et l'Etat et un autre qui est autonome, qui est dans un hôpital qui est le Sud Francilien de l'Essonne. Il y a certainement lieu là de les rassembler, qu'ils se connaissent, le partenariat cela commence ainsi, c'est une table, on s'assoie autour de la table et quelque part on commence à mieux se connaître, à s'apprécier, à dire les choses et à faire ensemble dans un deuxième temps. Donc notre action, on le voit bien que là, il y a un axe d'intervention important dans cette réunion à faire au niveau de l'ensemble des CISIH de la région Ile de France.

Je vais conclure, je voudrais simplement en conclusion dire, un texte c'est bien, et qu'il faut des textes effectivement. Merci à Véronique d'avoir avec détermination porté ces textes sur l'évolution des CISIH, mais que c'est nettement mieux d'avoir sur le terrain, d'avoir dans les institutions des acteurs convaincus, des acteurs déterminés, qui ont envie de faire évoluer le système dans cette forme de mutualisation des uns et des autres, et je vous demande d'être aussi sur le terrain

ces acteurs convaincus, alors parfois ces acteurs du changement c'est parfois un peu lourd à porter, parce que l'on a l'impression que le monde est lourd certains soirs et puis on repart le lendemain, le lendemain c'est un peu plus léger...et puis voilà.

Donc je vous demande dans vos attributions respectives, vous qui êtes sur le terrain, dans les hôpitaux, dans des associations, d'être ces acteurs de la transversalité, d'être ces acteurs qui vont faire que santé publique, soin social, tout cela va se mêler, ce n'est pas gagné, mais il faut y aller avec détermination, avec audace et encore de l'audace et toujours de l'audace.

DÉBAT

Christiane Charmasson

Maryse, vraiment merci !

A chaque fois qu'on a un petit coup de blues ou un épuisement, le « burn out », tu es là et en tous cas, moi, tu me donnes envie de continuer. Je crois qu'il va falloir que l'on fasse « avec », et que l'on continue effectivement, aussi longtemps que possible....

Je vois notre camarade Eric Billaud, responsable de la Commission Formation à la SFLS qui a spontanément levé le doigt... le poing ... ?

Eric Billaud - Responsable de la Commission Formation à la SFLS

Je trouve que l'Ile de France a beaucoup de chance de vous avoir, Madame, parce que les ARH ne sont probablement pas toutes aussi bien disposées envers le VIH, je ne connais pas pour l'instant la mienne à Nantes. Je ne sais pas quelles sont ses intentions pour l'instant, mais, je crois que l'Ile de France a beaucoup de chance. Est-ce que vous pensez que les différentes ARH pourront être convaincues et déterminées pour reprendre vos termes, un peu plus grâce à ce décret.

Maryse Lépée

Ecoutez, soyons clairs. Je pense qu'un texte, comme je le disais tout à l'heure, a le mérite de fixer le cadre. Les Directeurs d'ARH sont des fonctionnaires convaincus donc globalement qui mettent en œuvre. Alors après, reste ce petit « peps » cette envie de faire autrement qui fait que forcément cela va s'appliquer différemment d'une région à une autre. Je pense qu'il y a deux régions qui devraient fortement s'engager : c'est l'Ile de France et c'est PACA, par rapport à l'épidémie telle qu'elle existe, par rapport à l'ampleur de cette maladie dans ces deux régions là et puis après les autres suivront. Vous savez, pour avoir beaucoup porté un peu l'innovation publique, parce que je pense qu'il faut oser porter, porter cette innovation là, on se dit que même lorsque les institutions ne le portent pas, et bien les partenaires le font sur le terrain. C'est mieux d'être accompagné par les institutions, mais globalement les partenaires savent peut-être souvent mieux faire que les institutionnels, alors ayons confiance.

Eric Billaud

J'aimerais avoir autant de confiance que vous. D'autre part, vous avez parlé dans les possibilités de lien avec les Csih, je pense que vous parliez pour l'Ile de France, parce que en fait les disparités régionales font que cela pourrait être différent ailleurs, mais vous avez dit « il faut faire entrer les acteurs à l'hôpital », il

faut que les hôpitaux fassent plus de santé publique, d'éducation pour la santé, de prévention », parce que c'est mal fait pour l'instant ? Parce que les instances qui devraient le faire le font mal, ou pour d'autres raisons ? C'est-à-dire pourquoi donner cette charge supplémentaire aux hôpitaux qui ont déjà la charge du soin et qui ont déjà du mal à le faire ? Donc, comme on sera certainement à personnel constant, pourquoi ce transfert de compétence ?

Maryse Lépée

Ce n'est pas un transfert de compétence, c'est la raison pour laquelle, je me suis, moi, acteur de santé publique, je suis allée faire un tour du côté des ARH. Je pense que globalement l'hôpital doit être un acteur de santé publique à part entière. Il est reconnu dans son territoire, et il doit savoir s'investir dans ce type de politique. Il ne s'agit pas de prendre la place des autres, il s'agit de faire avec les autres dans son environnement immédiat. Il y a quelques hôpitaux qui le font très bien dans la région Ile de France, mais c'est cela qu'il faut développer. L'hôpital a plutôt tendance à vivre replié sur lui-même, sur ses grands plateaux techniques prestigieux, il doit aussi savoir faire et développer des actions en amont du soin, sur la prévention, l'éducation pour la santé et le sondage que je vous évoquais tout à l'heure prouve que quelque part cela existe 45 % des hôpitaux ont répondu favorablement. Ils font quelque chose et c'est cela que nous devons quelque part porter en tant qu'ARH pour éviter cette séparation dramatique entre le soin et la santé publique, c'est quelque part mon engagement quotidien.

Du point de vue du financement particulier sur ces missions d'intérêts généraux, Véronique en a parlé, donc on peut faire, il faut simplement donner envie de faire, c'est autre chose.

Christiane Charmasson

Je voudrais ajouter qu'il y a peut-être une question culturelle qui mérite d'être ravivée, à savoir que lorsque tu parles des établissements, en gros des CHU, c'est vrai que la plupart des CHU sont quand même dans des CHU, et que ces CHU ont cette dimension prestigieuse au niveau du soin, au niveau de la recherche, au niveau des protocoles, mais pas seulement, je pense même à d'autres établissements qui sont apparemment moins éclairés sur la scène hospitalière et universitaire, mais qui sont aussi des établissements extrêmement engagés dans le soin, de dire que les acteurs de soins pour beaucoup ont probablement laissé un peu, je ne généralise pas, mais ont laissé un peu à l'écart toute la dimension qui n'est pas strictement et immédiatement repéré comme étant du soin.

C'est-à-dire, est-ce que le soin peut exister sans la notion même de prévention ? J'ai toujours pensé et en psychiatrie, puisque en fait c'est mon champ de travail, j'ai toujours pensé que le soin devait englober d'une façon permanente la notion de prévention. Il ne peut pas y avoir de prévention sans soin ultérieurement, et pas de soin sans la notion de prévention et d'éducation pour la santé. Vraiment, et je sais que pour beaucoup d'entre nous c'est quelque chose qui étonne, qui parfois gêne, dérange voire même choque en pensant qu'il faut vraiment des acteurs tout

à fait distinct pour faire toutes ces choses là. Le mérite aujourd'hui c'est de pouvoir effectivement échanger sur tout cela et nous dire : voyons comment est-ce nous pouvons essayer d'élargir nos champs de compétences et nos champs de relations avec les sujets que sont les patients.

Denis Méchali

Je reprends la parole pour faire trois remarques, la première qui rebondi exactement la dessus, c'est vrai qu'il faut trouver des mots forts, qu'il faut qu'ils ne soient pas trop complexes et que c'est souvent difficile. Le mot pointé « psycho social » mais le mot social renvoie souvent à une idée de type un peu assistance sociale alors que je pense que l'idée qu'on a tous derrière la tête ce serait plutôt quelque chose de type anthropo-sociologique, de type au sens de la vie, et souvent on sait bien tous ceux qui sont déjà convaincus, qui sont tombés dedans, quand ils étaient tout petits comme « Obélix », que la vie, que le cloisonnement s'oppose souvent à la vie et que ces visions qui veulent être trop cloisonnées du coup elles sont un peu mortifères, je ne veux pas être plus long, mais on sait ces choses là. Il faut articuler une organisation pertinente à tout point de vue, rigueur du fonctionnement, comme gestion rigoureuse des deniers publics, avec la vie.

La deuxième c'était, j'aurai pu le dire tout à l'heure à Véronique. Le Sida actuellement c'est beaucoup au Sud, c'est nos problèmes, mais souvent l'importance extrême c'est ailleurs et je pense que c'est prévu, mais il sera sûrement à mon avis très important pour ne pas être exagérément nombriliste, eu égard à la réalité de l'épidémie actuellement, que les initiatives de type solidarité en réseau, j'espère quelles se font dans de très nombreux lieux soient un peu articulés de façon à ce quelles soient bien posées de prendre en charge le Sida, que ce soit les mêmes acteurs ou d'autres, mais là aussi peu importe, mais en tout cas que cette dimension de l'ouverture aux autres et à ce qu'ils vivent, que par exemple que si on parle associations médiatrices en France on dise justement, il y a des mouvements très forts pour que les prises en charges puissent se faire dans des pays d'Afrique ou autres, par des associations qui s'exposent, des choses de cet ordre là.

Ma troisième et dernière chose, ce sera pour dire que je suis arrivé un tout petit peu boudeur pour Maryse Lépée, mais qu'elle m'a séduit une fois de plus. Mais qu'il faut effectivement un combat important justement pour ces implications concrètes et qu'effectivement comme cela ,que ce soit sur le Nord de Paris ou le 93 il y a beaucoup de choses à faire, mais il faudra un petit regard pour booster ce qui mérite d'être fait.

Christiane Charmasson

Est-ce que votre silence veut dire que Maryse a répondu absolument à toutes les questions que nous pouvions lui poser ?

Eric Billaud

Je veux bien rajouter un petit mot, concernant l'évaluation des pratiques professionnelles, qui est quand même quelque chose qui risque, qui ne risque pas d'ailleurs... qui va se mettre en place et de plus en plus dans le cadre de l'accréditation V2, je pense que c'est un levier important pour harmoniser et homogénéiser la prise en charge des patients au sein d'une région. Alors, je voudrais avoir un peu votre sentiment, ce que vous en pensez, est-ce que je me trompe ?

Maryse Lépée

Je vais amorcer une réponse parce que je ne suis pas médecin, donc je ne vais surtout pas donner une réponse technique. Donc, je pense que effectivement, cette évaluation là participe à cette évolution des cultures et à cette harmonisation, et cela j'en suis persuadée sur cette thématique là, mais sur bien d'autres également. Je pense que les hôpitaux ont deux préoccupations actuelles, deux préoccupations essentielles à l'heure actuelle, c'est d'abord de ne plus être en déficit puisque ce n'est plus possible avec le biais de la T2A. C'est dramatique. Il faut augmenter l'activité, j'augmente et j'augmente plutôt dans les disciplines les plus rémunératrices on verra ce que cela donnera à terme. Et puis d'autre part, passer cette accréditation au niveau, ce n'est plus l'ANAES, c'est l'HAS (la Haute Autorité de Santé).

Muriel Chevalier

Une autre question : Comment faire entendre à des ARH dites réticentes, ce discours ? Comment peut-il être, d'abord pour eux., enfin formulé ? Est-ce qu'il va y avoir des directives, des textes.. des choses de cet ordre là ?

Maryse Lépée

Alors, il y a la réponse protocolaire et puis il y a le reste. La réponse protocolaire c'est Véronique va incessamment sous peu, je suppose, venir présenter ce texte à la conférence des ARH...

Véronique Tirard Fleury

J'espère que vous serez présente ce jour là

Maryse Lépée

Promis Véronique, mais je ne ferez peut-être pas un tabac....

Donc il y a cette présentation là, il y a une réunion mensuelle devant les directeurs d'ARH, directeurs et directrices d'ARH (2 ou 3 directrices dans l'ensemble) et

puis ensuite il y a la mise en place sur le terrain avec les acteurs et je vous ai dit très naturellement ce que pensais tout à l'heure. Il y a deux régions à mon avis qui devront s'investir plus que les autres c'est la région Ile de France en relation avec ses partenaires des services déconcentrés et la région Paca et puis je compte beaucoup parce que c'est comme cela que le monde évolue, d'une façon générale et avec ma petite expérience, je sais que cela marche bien, il y a les acteurs de terrain qui portent l'innovation qui font évoluer tranquillement et c'est mieux comme je vous disais tout à l'heure quand les institutions portent et accompagnent leurs acteurs, mais de toute façon le mouvement il est inévitable. Donc , les ARH, deux trois qui s'investissent et puis après le mouvement se répandra. C'est comme cela que l'innovation se répand, progressivement en réseau et puis entre temps dans les régions où cela se passent moins bien peut être du côté des ARH les acteurs de toute façon vont s'investir. Je suis sûre que cela se passera comme cela.

Patricia Paillet – Psychologue en service anciennement de maladies infectieuses à l'Hôpital de Garches, maintenant en médecine aigue.

Au sujet justement de l'évaluation des actes, de la reconnaissance des actes, nous avons une position un peu difficile, nous les psychologues, nous n'avons pas d'actes reconnus. Je sais que c'est un peu aussi de notre fait, parce que nous ne sommes pas forcément d'accord sur la façon dont on pourrait faire reconnaître nos actes, donc, qu'on fasse partie de la T2A ou des enveloppes MIGAC, peu importe, mais cela serait quand même important que l'on puisse ne plus être forcément des travailleurs au noir, de temps en temps... Nous avons un salaire, ect, mais j'aimerais bien quand il y a des discussions, quand il y a une recherche pour savoir comment chaque acteur peut se positionner, justement dans tout ce que vous venez de dire, que nous puissions être directement concernés, et directement invités pour pouvoir essayer de sortir de ce « no mans land » où certes on travaille, certes on fait de la prévention, certes on fait beaucoup de chose, mais on ne peut pas forcément le dire.

Maryse Lepée

Il y a la reconnaissance interne, institutionnelle au sein de l'établissement et cela c'est la première victoire. Elle n'est pas évidente, je crois savoir. Et puis une fois que cette reconnaissance là existe en interne, il y a effectivement la reconnaissance institutionnelle, débordant le cadre de l'hôpital lui même au niveau de la T2A en général, c'est vrai que là il y a un vrai problème de fond, je reconnais, mais vous savez, je ne vais pas m'étendre et vous faire un cours sur la T2A. La T2A à l'heure actuelle, est loin d'être opérationnelle. Elle pose plus de problèmes qu'elle n'en résout en l'état actuel des choses.

Vous savez tous certainement, puisque vous êtes issus de l'hôpital pour la plupart, que nous n'avons pas notifié les budgets aux établissements. Nous sommes le 8 avril. Tout simplement parce que nous sommes dans une telle complexité liée à la T2A, que vous fonctionnez en 12^{ème} provisoire c'est très bien, mais qu'il n'y a pas de budget. En l'état actuel on ne sait pas bien faire. Donc là, on va arrêter vraisemblablement la semaine prochaine, la première vague de budget, mais cela

prouve à quel point cette T2A est complexe et ne prend pas en compte, et vous avez raison, Madame, tout un tas de missions dont celles-là, dont les missions de santé publique.

Chantal Brigaudiot – Psychologue – Hôpital Lariboisière

Apparemment les dernières discussions qu'on a pu avoir avec les conseillers techniques de Monsieur Douste-Blazy, pour les psychologues donc Monsieur Brunel, on s'acheminerait non pas par sous un régime T2A, mais effectivement vers un budget mission d'intérêt général, avec une demande du Ministère de se constituer en pôle de psychologie, absolument indépendant des unités fonctionnelles et de la psychiatrie, c'est-à-dire la psychologie serait reconnue contrairement à ce qui est écrit depuis un certain temps comme une discipline à part entière, autonome, on demande simplement aux psychologues de se regrouper de s'organiser au sein des institutions pour être un peu plus visibles et savoir un peu ce qu'ils font et éventuellement comment on peut en profiter aussi.

Maryse Lépée

Cela rejoint ce que disait tout à l'heure, d'abord la reconnaissance interne, nous allons vous souhaiter aux uns et aux autres bon courage. Soyez tenaces dans ce grand combat.

Christiane Charmasson

D'autres commentaires ? D'autres questions ? Profitons de la présence de Maryse qui ne sera pas là en fin de matinée, puisque dans un quart d'heure tu dois partir .

Richard Salicru

Je voudrais juste revenir sur la question des consultations Vih qui aujourd'hui en fait ne font pas partie des consultations rentables. C'est-à-dire, là je suis un peu inquiet, c'est quelque chose dans lequel je travaille à l'Hôpital de Montreuil, il n'y a pratiquement plus que de la consultation externe et le médecin s'est entendu dire par d'autres médecins qui sont les « dents toutes dehors pour ramasser l'argent », « ce que tu fais toi, c'est de toute façon c'est du social ». Alors, elle l'a très mal pris parce que les médecins qui font du Vih savent que c'est loin d'être du social, bien que ce soit une chose importante aussi, mais moi je suis inquiet sur l'évolution de notre travail.

Maryse Lépée

On ne va pas faire ici un procès de la T2A...mais ce que vous dites à l'instant est très révélateur effectivement, d'une dérive potentielle possible, on l'a vu en Angleterre pourquoi pas chez nous de la T2A, c'est-à-dire que quelque part la

mécanique est la suivante : « plus je fais d'activités, plus je suis payée et plus je fais des activités rémunératrices plus je suis payée ».

Donc, c'est vrai que là apparaît en filigrane un nouveau rôle de l'ARH qui est véritablement un rôle quelque part de régulateur, de proximité, parce que sinon vous avez raison de le dire c'est le vrai danger. Vont s'installer de vrai désert ! Il va y avoir de grands pôles de cancéro en fait ceux qui rapportent et coûtent chers et rapportent de l'activité et puis ces activités un peu ...moins reconnues, en fait qui ne rapportent pas disons le franchement, seront peut-être moins privilégiées et l'on voit bien là, si les Agences ne sont pas à terme très vigilantes il risque de s'installer de grands déserts sur des activités non rémunérées par rapport à d'autres, vous avez raison de le dire, c'est le vrai grand danger de la T2A à terme, qui en elle même est intéressante la technique, mais il va falloir installer des contre-feux parce que sinon nos actions de santé publique dans tous cela.... Et là, je me tourne vers Véronique qui représente la DHOS, c'est un vrai problème quand même... Alors, il y a les missions d'intérêt général qui contrebalancent tout cela, mais n'empêche, là on était sur des consultations, cela est un vrai danger.

Véronique Tirard Fleury

Je vais juste rajouter une précision, c'est effectivement un des effets pervers de la T2A, et notamment pour le Sida, comme tout le monde l'a dit ici, risque plutôt de coûter de l'argent à l'hôpital et on voit donc très bien les dérives que cela peut prendre. Donc, au niveau national, il y a une mission T2A. Nous on est en train d'essayer de faire remonter une note, d'essayer d'amorcer une discussion.

On essaye de faire remonter un peu cela, donc tous les arguments et les exemples, je suis plutôt demandeuse pour argumenter au mieux, pour essayer de dire : « attention là, danger ! ». Donc, nous on en est là. La SFLS l'a soutenu officiellement, c'est une vraie question.

Hélène Le boucher – Psychologue à l'Association de Santé Mentale du 13^{ème} Arrondissement (ASM13)

Je voudrais vous poser une question qui va vous paraître bête. Qu'est-ce que c'est que la T2A ? J'ai compris le principe de la rémunération à l'acte, etc... Mais, que signifie ce terme ? Quel champ a l'activité T2A ? merci

Maryse Lépée

C'est la tarification à l'activité.

Christiane Charmasson

Encore une question, un commentaire avec que Maryse nous quitte ?

Maryse merci beaucoup d'avoir été parmi nous ce matin. Comment dire, si on pouvait avoir des souhaits, ce serait qu'il y ait plusieurs personnes comme toi dans une ARH qu'il y ait dans toutes les ARH, des personnes vigilantes, attentives, qui permettent d'accompagner et de stimuler ce qui nous a réunis, c'est-à-dire le décloisonnement et la transversalité à la fois dans nos pratiques, et dans nos têtes. Merci à toi.

ÉDUCATION DU PATIENT : où situer la démarche ?

Docteur Pierre BUTTET

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)

Bonjour,

L'INPES, c'est l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, créé à la suite du CFES que vous connaissez sûrement : « Le Comité Français d'Éducation pour la Santé ».

Je suis médecin, chargé de mission dans cet institut et d'abord, je voudrais vous remercier de m'accueillir aujourd'hui et remercier évidemment Christiane, pour m'avoir proposé ce matin, d'aborder et d'apporter un éclairage sur l'éducation du patient, puis de voir avec la prévention, l'éducation du patient, les termes qui ont été abordés à plusieurs reprises ce matin, un axe parmi les cinq qui ont été évoqués par Véronique, donc cinq axes de travail dont un sur le développement des missions de prévention et d'éducation du patient dans les établissements de santé. Nous aborderons rapidement ces notions, et puis autour d'une question qui finalement me semblait un peu énigmatique dans son titre, c'est-à-dire, « où situer la démarche ? »

Je me suis rendu compte ce matin qu'il y avait à plusieurs reprises cette question : où la situer à l'intérieur de l'hôpital, dans le réseau, à l'extérieur de l'hôpital, en ville ? La question autour de l'hospitalo-centrisme qui a été relevée, c'était bien de se poser cette question du « où ». Et puis il y avait aussi où la situer dans le temps. Où la situer dans le temps du patient, on va le revoir, et puis dans temps du soignant. Très souvent c'est abordé sur la question du temps du soignant. C'était presque déjà abordé ce matin en disant : mais c'est une charge de plus, c'est une charge de plus de travailler sur ceci, alors qu'on a déjà le soin.

Il y a évidemment un rappel historique dès le 19^{ème} siècle, la prévention et l'éducation pour la santé ont été identifiées parmi les missions des soignants, notamment des soignants infirmiers.

Il y a un premier texte qui était le « National ligue of nursy » en 1898 qui était un texte anglais pour les soignants infirmiers anglais. Donc ce n'est pas quelque chose de nouveau pour les soignants. La question c'est où le situer dans l'écoute que j'ai du patient. On pourrait le faire à l'inverse, c'est-à-dire où situer la parole du patient dans son travail sur l'éducation, qui le concerne en premier lieu, et je voudrais vous poser comme question aussi ce matin, c'est-à-dire : comment imaginer ces fonctionnements dans notre temps, notre temps quotidien de soignants, notre temps quotidien à l'intérieur d'une structure, d'une institution, ou à l'extérieur, en fonction de son mode d'activité ?

Et puis enfin, le situer, à l'intérieur de l'équipe dont on fait partie, car on fait partie d'un réseau, on fait partie d'une équipe hospitalière, on fait partie d'une multi-professionnalité à un moment donné, d'une inter-disciplinarité diront certains. Et c'est peut-être aujourd'hui avec vous, essayer de réfléchir, où situer le

rôle du psy, SFLS-PSY, où situer le rôle du psy à l'intérieur de l'équipe dans ce que pourraient être les démarches de prévention et d'éducation du patient.

Alors, à travers ces trois questions, il y aurait une vision optimiste d'y répondre qui serait, que de toute façon le patient à un moment donné, va savoir trouver où, quand, avec qui. Et on peut faire confiance au patient pour arriver à se positionner sur un dispositif. Oui, sûrement, mais peut-être qu'on peut essayer de se poser la question de quel dispositif, quelle place dans nos pratiques et comment on peut essayer de le mettre dans un quotidien, plus que dans une réflexion.

Christiane m'avait demandé en préparant cette intervention, « ce serait bien que tu abordes le concept d'éducation du patient, d'éducation pour la santé, mais ce serait bien de ne pas le faire avec un abord trop conceptuel ». Alors, j'ai en même temps dit oui ! Donc, je me dis qu'il faut que je vous parle des concepts et je voudrais essayer de le faire modestement en relevant ce concept à travers trois questions.

Trois questions qui sont :

- Pourquoi est-ce qu'on en parle ?
- C'est quoi en fait ?
- Comment on fait, comment certains font ? Est-ce qu'il existe des modalités pour ?

Donc, pourquoi on en parle, : en général on s'aperçoit qu'il y a des situations qui sont de plus en plus difficiles pour les soignants et ce n'est pas simplement à l'intérieur du soin autour du patient porteur du VIH. C'est qu'il y a de plus en plus de maladies chroniques dans les établissements de santé, de plus en plus de conduites à risque, ou en tout cas, de plus en plus de conscience de la conduite à risque : le tabac, l'alcool, le fait de conduire au dessus d'une vitesse réglementée, le fait de s'exposer à certains risques. Vous avez différents facteurs comme cela, la prise de conscience de la conduite à risque est augmentée aujourd'hui et puis des difficultés sociales majeures, puisqu'on voit bien que les établissements de santé sont les premiers à regrouper souvent cette problématique, et puis qu'ils doivent se confronter à l'ensemble des trois, parce que les trois peuvent se combiner : maladies chroniques, conduites à risque, et difficultés sociales.

Et devant ces trois difficultés qui se combinent il y a une impuissance du soignant, et qui dit impuissance du soignant, dit « à partir du moment où je n'arrive pas à faire, c'est que l'autre a une part à faire ». Et que donc, le concours actif du patient est nécessaire.

Il y a une émergence du concept pour trois raisons essentielles qui sont regroupées. La première raison, c'est une raison sociologique. On sait que les patients demandent de plus en plus à être associés aux décisions, et là justement, la prise en charge des patients VIH, ou en tous cas les patients touchés ont profondément modifié, la place du patient à l'intérieur des établissements de santé. On sait, pour des notions qui se rattachent plus à la maladie chronique qui sont des modèles de relation entre patient et soignant, vous les connaissez, ces trois modèles de relations classiques qui sont le patient actif, activité/ passivité et puis cela évolue vers une participation mutuelle et à l'intérieur de cette

participation mutuelle, on imagine le concours actif du patient. Et c'est bien, parce que l'on se situe dans la maladie chronique ou parce que l'on se situe dans une chronicisation, que le soignant a imaginé, qu'il pouvait y avoir une mutualisation de la participation, qui dit mutualisation à la participation dit mutualisation des compétences.

La deuxième raison, c'est la raison épidémiologique. On a un vieillissement de la population, alors on peut le transférer, j'ai entendu à plusieurs reprises, ce matin le fait que l'épidémie VIH avait changé de visage et que les patients touchés par le VIH aujourd'hui vivent de plus en plus, je vais le dire un peu plus positivement, de cette façon. Il est sûr que les maladies chroniques dans leur ensemble sont de plus en plus présentes et que les notions de prévention et d'éducation pour la santé, sont prises à bras le corps par les gens qui s'occupent de diabète, les gens qui s'occupent d'asthme, qui s'occupent de pathologies qui coûtent de plus en plus cher, et c'est le troisième point à côté des comportements à risque qui sont identifiés, c'est-à-dire que la raison économique c'est souvent, le nerf de la guerre : « cela nous coûte de plus en plus cher, il faudrait que cela nous coûte moins cher ».

L'éducation du patient a déjà apporté la preuve de son efficacité dans ce domaine, puisque, par exemple, l'éducation du patient diminue de 80 % le nombre d'hospitalisations, des patients touchés par l'asthme. Il va diminuer de 50 % le coût des traitements, dans le diabète c'est la même chose, on retrouve des moins 75 % d'amputations dans des groupes de patients qui ont bénéficié d'une éducation avec un programme déterminé. Donc, cette preuve est déjà apportée sur la diminution du coût. Et puis, je voudrais quand même rajouter deux choses, c'est l'amélioration de la qualité de vie, parce que ce n'est pas le seul choix en terme de santé, en terme de bien être que de dire, il y a une diminution du coût qui va être le moteur d'une évolution. Il y a peut-être aussi, non seulement une amélioration de la qualité de vie, et même, parfois si cette amélioration de la qualité de vie coûte plus cher, et là c'est une autre notion et un autre choix.

C'est quoi exactement l'éducation pour la santé centrée sur le patient avec ses différents termes. En fait, ce sont différents termes qui sont souvent utilisés les uns pour les autres, parce que ce sont des notions qui paraissent assez proches des pratiques, notamment des pratiques des soignants. Alors, vous savez, c'est comme toute les choses qu'on imagine très facilement dans ces pratiques, et on ne prend pas forcément le temps de les individualiser exactement, d'essayer d'imaginer ce que cela représente en terme de sa propre démarche et sa propre place.

Donc, l'éducation pour la santé centrée sur le patient, commençons par éducation, les bases latines rapidement, cela vient d'éducare educere. Alors educare, la base latine c'est ce qui a donné nourrir et maintenir en vie. Nourrir et maintenir en vie c'est l'éducation du ver à soie. C'est maintenir et nourrir le ver à soie pour qu'il puisse produire la soie. Educere, c'est plus conduire vers diriger l'action. C'est ce qui a donné l'oléoduc par exemple, ce qui a donné aussi le dutché. Cette démarche qui est de conduire vers, qui est plus la démarche de l'éducation centrée sur le patient, une démarche d'accompagnement, une démarche de conduire vers, de diriger l'action, mais de progresser avec. Alors, c'est une première prudence en terme de thème, parce que sur ce terme éducation très souvent les soignants, les professionnels de santé sont presque heurtés par ce terme. Ils répondent : « moi, je

suis dans une relation individuelle, je ne suis pas un éducateur », parce qu'ils entendent « je ne suis pas un enseignant ». L'éducateur n'est pas forcément un enseignant, il est quelqu'un qui conduit vers, et qui aide à diriger l'action.

Alors le premier terme qui est souvent utilisé, c'est le terme d'éducation thérapeutique du patient. Pourquoi il est souvent utilisé, parce qu'en fait il concerne directement le traitement. Alors les soignants s'en sont plus facilement emparé puisque évidemment il s'agit d'un terme qui est plus souvent utilisé qui est celui d'observance auquel je préférerais substituer le terme d'adhésion au traitement pour rendre au patient son rôle actif dans la prise en charge de son traitement et les soignants s'identifient comme ceux qui sont les plus à même de parler de traitement. Vous êtes très bien placés pour savoir, que les traitements tout le monde en parle, pas que les soignants, et ce qui est dit à l'intérieur de la sphère de l'établissement de santé a une importance. Ce qui est dit à l'intérieur de la sphère privée en a une autre, ce qui est dit à l'intérieur de la sphère publique en a une autre et tout cela ce sont des informations par exemple qui vont concourir à la représentation que peut avoir le patient sur un traitement qui vont interférer avec sa prise en charge et qui peuvent être nécessaires à prendre en compte dans son éducation thérapeutique. C'est la plus part des programmes qui sont aujourd'hui mis en place, parce que ce sont les programmes qu'on motive : « il n'y a pas une assez bonne observance, donc il faut une meilleure observance du patient, il faut qu'il prenne mieux son traitement, « je prescris un traitement et puis le traitement n'est pas pris ». Donc, voilà c'est cela le moteur de la chose.

Deuxième notion c'est l'éducation du patient à la maladie, , elle englobe l'éducation thérapeutique, parce que la maladie ce n'est pas que le traitement.

La maladie cela englobe le traitement, mais cela concerne aussi la prévention des complications, des rechutes et au moment de la maladie on sait qu'il y a dans des conduites à tenir, il y a des protocoles qui sont mis en place en terme de soins qui sont les protocoles : il faut prévenir ceci à tel degré d'infection, telle identification de la maladie va donner un schéma thérapeutique ajusté. Cela veut dire que même dans ce processus on peut imaginer que pour la maladie cette éducation va non seulement concerner le traitement, mais peut aussi concerner la prévention des complications et les rechutes.

C'est évidemment, dans l'asthme et le diabète, c'est très clair, c'est ce qui est un des éléments moteurs des programmes mis en place, et puis les comportements liés et là, on identifie plus de personnes à même de prendre en charge cette éducation du patient en maladie, les soignants évidemment, les éducateurs pour la santé, c'est une profession qui est spécialisée dans l'éducation pour la santé et les groupes d'entraide, et là ce sont des schémas que je peux projeter dans tous publics. L'éducation pour la santé du patient, cela va maintenant et englober le traitement et englober la maladie. Et pas seulement, cela concerne bien sûr cette maladie, mais cela concerne les comportements et les modes de vie et là c'est l'affaire aussi des soignants et des éducateurs pour la santé et sûrement des groupes d'entraide qui sont plus difficiles à identifier parce qu'ils ne sont pas autour d'une thématique, puisque les thématiques autour de la santé peuvent être très nombreuses.

Je vous prends un exemple, pour voir l'importance que cela pourrait avoir, volontairement en dehors du champ dont nous parlons aujourd'hui.

J'ai assisté quelque fois à des présentations de résultats de programmes d'éducation pour la santé du patient chez des patients diabétiques. Et puis la question que j'avais à la fin, c'était : vous avez ces termes de file active, de cohortes de patients qui sont suivis : alors vous avez tant de patients sur tant d'années, et puis vous demandez un des éléments en plus qui interfèrent avec la prise en charge du diabète : qui sont combien de patients fumeurs avez vous à l'intérieur de votre cohorte ?

Il n'y a pas de connaissance de ces patients fumeurs. Est-ce que cela veut dire que le patient diabétique, il a la possibilité qu'on ne prenne en charge que son pied diabétique ou est-ce que sa santé dans sa globalité peut être prise en charge ? Est-ce que ce patient diabétique à tout moment de sa vie n'avait jamais eu de priorité d'arrêter par exemple le tabac.

L'éducation du patient à travers ces trois notions, c'est d'abord un apprentissage, ce n'est pas la notion principale sur laquelle je voudrais insister, ce n'est pas un enseignement. Tout à l'heure volontairement, je vous disais, le terme va heurter certains professionnels de santé, parce que l'éducateur c'est le prof. , et donc, quand il s'imagine prof, il s'imagine faire un cours, et il s'imagine avoir à dire, ce que le patient n'a jamais entendu, jamais compris, mal entendu, mal compris.

L'éducation du patient c'est d'abord cet apprentissage qui va être une adaptation centrée sur l'adaptation à la maladie, mais aussi centrée sur les besoins subjectifs et objectifs du patient à travers sa vie quotidienne, à travers son environnement , à travers sa famille, à travers son entourage et ce sont des notions très larges, pour ne pas faire une liste encore plus large, centrée sur la personne qui est le patient, cela va permettre de pouvoir partir du patient pour construire cet apprentissage et vraiment le mettre dans une situation d'apprentissage. Et puis intégré aux soins et adapté parce que le patient a une maladie, le patient, le patient a un état de santé et qu'en fonction des fluctuations de son état de santé, il va falloir pouvoir s'adapter. C'est évident qu'un patient qui arrive aux urgences, ce n'est peut-être pas le moment où on va donner du temps à une éducation pour la santé immédiatement, ce temps là n'est peut être pas le temps qui est imaginé par le soignant et encore moins par le patient. Donc, c'est un des premiers éléments, et puis adapté à sa vie, adapté à ses conditions de vie, adapté à la prise en charge que vous êtes en train de proposer à l'intérieur de l'établissement de santé.

Cela me paraît intéressant juste d'apporter une remarque maintenant, parce que j'ai eu envi de réagir ce matin, à plusieurs reprises sur cette notion de prise en charge à l'intérieur des établissements de santé. Je suis très, très respectueux des différentes modalités de prise en charge du patient porteur du VIH, à l'intérieur de l'établissement de santé, ou à l'intérieur des circuits de soins qui existent et j'aurais une question : c'est qu'est-ce qui se passe au niveau de la non prise en charge de certains patients qui ne sont pas dans le circuit de soins et qui ne sont pas dans les établissements de santé ? est- ce qu'il y a une adaptation à la vie du patient qui est suffisante pour que cette prise en charge lui permette de – s'engouffrer dans la proposition qu'on lui fait. Et je la transfère de même façon

sur l'apprentissage que pourrait être l'éducation du patient. Est-ce que cet apprentissage qu'on va lui proposer, est-ce qu'il correspond à la vie dans laquelle il est aujourd'hui, et où peut-être il sera demain. Mais au moment où on le lui propose est-ce que c'est relativement adapté.

Le but c'est que de cette éducation centrée sur le patient, c'est que patient soit en mesure de contribuer à maintenir ou à améliorer sa qualité de vie. Alors, j'ai « zapé » très rapidement, je ne sais pas si vous l'avez remarqué, dans les définitions d'éducation du patient à la santé, j'ai « zapé » deux termes : le patient et la santé. Je me disais que déjà les bases latines suffisaient pour éducation, les bases latines du patient, c'est celui qui souffre les adversités sans les murmurer, donc, cela lui laisse une place et puis en mesure de contribuer à maintenir et à améliorer sa qualité de vie et bien on est bien dans une définition de la santé qui rejoint celle du bien-être et qui pose des jalons pour pouvoir travailler sur le bien-être du patient et pas simplement sur des éléments de santé directement corrélés à la maladie.

Les deux finalités autour de ce but, c'est d'abord, celles de l'autonomie qui sont reconnues. L'autonomie, pourquoi ? Parce qu'il y a des notions historiques qui sont autour de la naissance de l'éducation du patient. L'éducation du patient est née dans les établissements qui faisaient de la réhabilitation pour les handicapés. Donc, dans des établissements tournés vers la rééducation de façon historique. Donc, il visait l'autonomie du patient la plus grande. Mais il y a une question évidemment dans les maladies chroniques, c'est que l'autonomie du patient la plus grande, il y a des phrases qui sont quelque fois entendues, qui sont que le patient ait une vie, la plus possible comme tout le monde. Mais est-ce que c'est une vie... Comme tout le monde, est-ce que c'est une vie comme tout le monde ? que de devoir se rendre chez le médecin où à l'hôpital à une fréquence donnée, cela c'est une autre question. Est-ce que cette question de l'autonomie peut-être poussée sans limite, à l'intérieur de la maladie ? C'est une question un peu difficile.

L'autre finalité, c'est celle de la responsabilité. Le patient doit être plus responsable, c'est bien ce que l'on entend lorsque le soignant met en place un programme d'éducation thérapeutique, sur l'observance où il dit, « il faut que le patient soit plus responsable de sa prise en charge et donc qu'il prenne mieux son traitement, il est responsable de son traitement, il est responsable de la prise. Sauf que la notion de responsabilité, elle est toujours discutée avec le soignant qui n'est peut-être pas à même de discuter quel est le traitement qu'il veut donner. Jusqu'où il est prêt à discuter ce traitement, et puis, la responsabilité a forcément des limites à l'intérieur d'une maladie chronique puisque, est-ce qu'on est responsable de sa maladie chronique, est-ce qu'on est responsable de sa maladie ? C'est une question qui se pose sur le diabète où les soignants sont confrontés à des prises en charge sur le long terme des patients et où l'apparition des complications les renvoie à la question de la responsabilité de la complication. « On lui avait bien dit que cela finirait par un problème d'amputation. Donc, on avait bien dit que le problème du pied diabétique dont il en est responsable ». Donc, c'était pour attirer l'attention sur des limites par rapport aux finalités. Mais pour prendre le champ de ce but de l'éducation du patient centré sur le patient.

Puis après ces deux questions, pourquoi on en parle et c'est quoi ? Comment on fait en pratique ? C'est-à-dire, comment dans nos pratiques on peut essayer d'imaginer, d'abord d'identifier ce qu'on fait comme prévention et éducation, de l'identifier net, clairement, parce que on en fait sûrement, et le faire sans le savoir cela expose à le faire au mieux, cela peut être une question. Et comment on le fait dans nos pratique à venir, c'est-à-dire, là on a parlé tout à l'heure de ce cahier des charges, avait les axes de travail, évidemment ce cahier des charges va donner des propositions sur comment on fait, quelles peuvent être des directions de travail ? Ce sont des propositions qui ne sont exhaustives. A mon sens, ce sont des propositions qui peuvent être des guides, mais qui sont des guides pour des acteurs dans un champ donné.

Cela commence sûrement par une meilleure relation. C'est un atout et une difficulté. Pourquoi ? La première chose c'est que lorsqu'on se retrouve dans une maladie, j'ai employé ce terme à plusieurs reprises, maladie chronique, dans la prise en charge des traitements des maladies chroniques, vous savez beaucoup mieux que moi que cette prise en charge dépend bien évidemment de la phase d'acceptation du patient et puis de l'organisation des connaissances, qu'il en a de ses croyances, et encore plein de choses, mais tout un tas de choses qui vont arriver à ce que le patient exprime ou en tout cas, à ce que dans le rôle du soignant, il y ait celui de favoriser leur expression et pour favoriser leur expression il y a des éléments qui sont assez incontournables, c'est celui de la relation de sujet à sujet à instaurer, comment exprimer sa propre parole, si sa parole n'est pas identifiée avec la même valeur que celle de la personne qui vous écoute.

Et favoriser cette expression, non pas pour le plaisir de cette relation, ça je suis assez vigilant la-dessus, parce que c'est une attraction très forte pour certains soignants de se dire qu'on va être dans l'écoute du patient, mais l'écoute du patient c'est pour favoriser une expression, parce que cette relation du patient/soignant elle est au service de la relation que le patient a avec sa santé. C'est cela le plus important; la relation du patient avec le soignant ce n'est qu'un moyen et ce n'est en aucun cas un objectif, c'est-à-dire que c'est un outil pour que le patient travaille sur sa propre relation avec sa santé. Pourquoi ? parce que l'éducation du patient c'est pas seulement informer ou écouter. C'est souvent des notions que l'on retrouve parce que les soignants veulent être plus convaincants, ils veulent des patients plus obéissants et que sous-couvert parfois de très bonnes intentions, on s'aperçoit, quand on a une lecture un petit peu distanciée, on se dit que finalement cela revient à quand même avoir un patient plus obéissant et qu'il va respecter le schéma thérapeutique qu'on lui a donné.

C'est pas seulement informer et écouter, parce que, écouter ce serait bien vérifier que l'information a été reçue, ce serait une des façon de véhiculer l'information, de façon supplémentaire. Je parle de l'information que j'ai donnée, je vérifie que cette information a été bien entendue, qu'elle a été partagée, ce n'est qu'une des façon d'informer. Traiter ensemble l'information c'est différent, c'est partir du patient et arriver à chaque fois à construire une réponse qui soit originale avec le patient et elle l'est forcément puisqu'elle part du patient, de sa réalité, et de ce que lui va avoir fixé comme les priorités sur lesquelles il veut travailler.

Je voudrais reprendre une phrase de Brigitte Sandra Berton qui dit : « écouter ne suffit pas, il faut construire ensemble, donner du sens à la maladie, aux traitements, les intégrer à la vie ».

Ce n'est pas si facile que cela, pourquoi ? Parce que évidemment, cela demande des compétences pédagogiques qui doivent être identifiées sur lesquelles on peut s'appuyer en tant que soignant, et puis un environnement favorable, il y a des exemples caricaturaux, c'est évident que si vous vous instituez pas, dans le lieu et dans le temps, si un lieu qui n'est absolument pas un lieu serein pour pouvoir exprimer quelque chose de difficile à dire et à entendre, et si il n'y a pas un téléphone qui sonne et qui va interrompre immédiatement ce qui est dit. Cet environnement favorable, c'est un des premiers éléments dans le cadre, dans le dispositif qu'on peut donner, c'est une des questions sur lesquelles je vous invitais à réfléchir tout à l'heure, c'est où le situer dans notre quotidien à travers ces éléments.

Trois types d'actions peuvent être envisagées. Souvent, on néglige un petit peu les premières en terme d'identification, quant à l'éducation du patient. La première chose ce sont les actions de communication. Pourquoi ? parce que des campagnes médias auprès du grand public, elles peuvent avoir leur importance, par exemple, en renforçant l'image du patient acteur. Le patient qui dans une maladie chronique va se situer « acteur » dans cette maladie, va sûrement inter-agir différemment avec les professionnels du soin, avec lesquels il est amené à être confronté. Et puis, des actions de communication, parce que cela va changer parfois nos regards sur une maladie ou sur des prises en charge de médicaments.

Les actions d'information qui peuvent être des actions d'éducation du patient, parce qu'elles vont être des actions sur des connaissances du patient et qui vont agir sur les connaissances du patient et du public, sur les maladies, sur la prévention, sur les traitements. Et ces actions, à partir du moment où elles sont aussi dans l'image d'un patient acteur, elles peuvent concourir à aller vers l'éducation du patient et puis les actions éducatives, dites de proximités qui sont les plus fréquemment identifiées comme éducation pour la santé. Alors, à l'intérieur du milieu scolaire, par exemple, l'éducation des enfants à l'intérieur de différents lieux de vie et puis bien évidemment dans les lieux de soins avec des actions éducatives à l'intérieur des établissements de santé, et qui vont faire appel à des méthodes variées.

Première chose, définir des objectifs. Définir des objectifs, il s'agit d'un apprentissage et l'acteur principal dans l'enseignement ce n'est plus du tout comme dans l'enseignement classique, l'enseignant. L'acteur principal dans l'apprentissage, c'est la personne qui apprend. Donc, nécessairement, si l'acteur principal a quelque chose à faire, c'est à définir l'objectif. Cela veut dire, que l'objectif est forcément, à mon sens dans une négociation des objectifs d'apprentissage autour de l'acquisition des savoirs nécessaires, une négociation pour l'atteinte d'un but qui peut être un but qui doit être un but fixé avec le patient, mais fixé par l'apprenant d'abord, par l'apprenant et le formateur, mais jamais par le formateur seul, on le sait très bien, c'est la meilleure façon pour que l'apprenant soit à l'extérieur de la relation, à l'extérieur de ce qui va se passer.

Des objectifs qui sont multiples et qui font appel à différents domaines. J'ai retiré globalement trois domaines : cognitif, sensori-moteur, je ne sais pas si vous m'accorderai psycho-affectif, j'ai entendu psycho-social, c'est vraiment à éviter sur les compétences, mais il a aussi dans l'opérationnel des comportements qui sont observables et mesurables et puis des objectifs que l'on dit de sécurité que certaines équipes identifient, qui sont dans une mise en danger de la vie quotidienne, c'est là le plus difficile dans la négociation c'est d'arriver à ce que le soignant et patient soient conscients de cette priorisation au même niveau, et là cela heurte quelques fois certains professionnels de santé qui disent : « mais, moi je ne veux pas je ne veux pas que ce soit cet objectif là, j'en veux un autre ». Et je vous rappelle que là on est dans un contrat, et comme tout contrat, chacun s'y engage s'il le souhaite.

Des objectifs multiples et des objectifs spécifiques qui peuvent être déclinés. Ils ont été déclinés à l'intérieur du cahier des charges, autour de modèles assez classiques qui sont le dialogue avec les soignants, le caractère chronique de la maladie, la prise en charge de traitements avec les professionnels, le changement d'habitudes de vie, l'utilisation des services de santé.

Alors, ils ont été déclinés de façon spécifiques, là encore de façon non exhaustive, il peut se rajouter d'autres objectifs, puisque je vous l'ai dit le moteur principal de la création d'objectifs c'est le patient. Donc, on peut imaginer d'autres objectifs. Il y a un point sur lequel j'attire votre vigilance. C'est si il y a objectif du patient, il y a à mon sens, objectif du soignant. C'est-à-dire que, si le patient a un but à atteindre, le soignant va avoir comme but de l'accompagner et qu'est-ce qu'il se donne comme moyen pour l'accompagner dans ce but. Je prends un exemple, à l'intérieur de cahier des charges sur la mise à disposition (je ne vais pas avoir les phrases exactes) autour de ce dernier point de l'utilisation des services de santé, par exemple. Il est spécifié (je ne sais pas si ce sont les derniers termes qui seront retenus), pour le patient il peut y avoir comme objectif spécifique de faire valoir ses droits, de connaître les personnes et les lieux ressources à sa disposition qui, où, quand consulter, qui appeler, les lieux d'accueil, les hospitaliers, les administratifs, les associatifs, les sociaux. Mais si le patient à cela dans ses objectifs, cela veut dire qu'en regard le soignant a aussi un objectif et bien évidemment, dans les objectifs du soignants on retrouve que le soignant a comme objectif d'aider le patient et son entourage à mieux recourir aux systèmes de soins et à faire valoir ses droits et à lui aussi d'en trouver aussi les moyens qui sont adaptés par rapport à l'objectif du patient.

Donc, c'est vers cette vigilance sur laquelle je vous amène surtout plus que sur la déclinaison spécifique des objectifs, la vigilance dans le rôle de chacun pour que le rôle du soignant soit en regard du rôle du patient.

Alors les contenus et les méthodes à partir des objectifs, on a vu c'est plus qu'un simple transfert de connaissance, ce n'est pas il faut que le patient sache ceci, c'est développer des capacités, souvent, c'est ce qui est difficile avec des analyses de situations, des résolutions de problèmes quelques fois, des décisions, et il faut imaginer que ces contenus soient réalisables dans le contexte et que les méthodes sont en adéquation avec le contenu. C'est pour cela que je passerais très rapidement sur ces éléments. Parce que à partir du moment où vous avez une méthode qui est centrée sur l'apprenant, vous êtes, non plus dans une logique d'enseignement qui est centrée sur le formateur, mais bien dans une logique

d'apprentissage centrée sur l'apprenant avec des méthodes qui doivent être moins démonstratives que des méthodes interrogatives et participatives. Quelles que soient les méthodes auxquelles on peut avoir recours.

Un élément rapidement, parce que très souvent, dans les actions d'éducation du patient, très vite, il y a quelqu'un qui dit « où est l'évaluation, l'évaluation de tout cela ». Le sous-entendu, c'est souvent prouver que c'est efficace. Répondre à cela, c'est répondre à prouver que cela a déjà été démontré dans d'autres domaines et c'est un premier niveau de réponse. Après il y a des niveaux de réponse qui sont en fonction des acteurs auxquels on est confrontés, et donc on n'échappe pas forcément au fait d'être dans une évaluation de résultat. En tous cas, j'ai une recommandation, c'est que cette évaluation de résultat ne soit pas au détriment de la mise en place du processus lui-même, et surtout qu'on essaie en premier lieu d'imaginer une évaluation tout simplement de processus, ce serait une première chose qui est déjà pas mal.

Et puis, Cela peut être sur une évaluation pédagogique, biomédicale, j'ai retiré psycho- sociale, différents éléments et je voudrais insister sur un point à nouveau, c'est que dans l'évaluation, il y a un élément qui serait à mon avis à garder en tête, c'est à partir du moment où le patient est, vous savez avec cette image classique, au centre de la démarche, il me semble évident que l'évaluation doit d'abord être imaginée avec le patient, doit être imaginée pour le patient en terme de critère et compétence d'évaluation qui vont être donnés au patient pour estimer ce qu'il va faire tous les jours. Je prends un exemple sorti de notre contexte immédiat. Si vous prenez un patient diabétique et sur lequel vous êtes en train de travailler sur le régime alimentaire, et que vous êtes en train de modifier avec lui ses habitudes alimentaires, il n'y a pas d'éléments qui sont dans son quotidien amenés à l'aider à imaginer : « là ; j'ai réussi ; ce matin, je suis arrivé, à midi pour l'instant c'est bon et ce soir j'y suis arrivé ». Comment vous imaginez que dans le temps si lui-même n'a pas ses propres moyens d'évaluation il va pouvoir se situer dans ce processus, et il va pouvoir mesurer quel est son propre avancement, et en tous cas, on peut imaginer que ces outils de mesure peuvent être des éléments positifs pour l'aider à s'engager dans la démarche.

Voilà rapidement ces trois questions : c'est quoi, pourquoi on en parle, comment on fait pour essayer d'aborder ces concepts. Et rapidement pour conclure, je voudrais simplement soulever deux notions pour nous inviter à réfléchir ce matin, sur l'inscription de l'éducation du patient dans la durée.

D'abord, parce que à l'intérieur de la création de ces actions d'éducation du patient, je voudrais que l'on garde en tête ensemble cette idée de réintroduire le temps, parce que le temps médical, on le voit souvent, c'est le temps de la maladie aiguë et que c'est un temps qui est vécu différemment aujourd'hui dans l'infection VIH, parce que le visage de cette infection a changé et que donc on se pose la question de ce temps qui est donné pour la présence du patient à l'intérieur du local qu'est l'établissement de santé. Mais on le situe plutôt dans le temps du patient et au niveau de son projet de vie. Essayez d'imaginer là encore dans ce temps qui va être celui du patient, comment l'action qu'on est en train de monter avec lui, de mettre en place, comment elle peut se situer par rapport à son projet de vie et par rapport à des données qui ne sont pas celles directement de l'établissement de santé.

Et puis d'autres choses par rapport à cette notion, c'est que l'apprentissage est évidemment un phénomène complexe, vous le savez bien, c'est d'apprendre à vivre avec sa pathologie, c'est très compliqué, c'est difficile, et peut-être parce qu'il s'agit de s'apprendre soi et c'est un des éléments qui sont communs aux différents types de pathologies rencontrées.

Deuxième élément sur lequel j'avais envie de faire un focus ce matin en terme de conclusion, c'est la place du soignant, pourquoi, parce qu'on est réuni ce matin avec, on l'a vu dans l'introduction, Christiane l'a dit immédiatement, c'était repris, comment imaginez vous, psy, que vous vous situez à l'intérieur de cette démarche, comment vous vous situez, on l'a déjà vu tout à l'heure à travers quelques échanges qui ont eu lieu sur la place de la prévention, la place de l'éducation, comment je me situe à l'intérieur de l'équipe aussi. C'est quelque chose sur lequel, je pense à imaginer des fonctionnements, et puis en terme de compétences, parce que bien évidemment, tout ceci demande des compétences méthodologiques et pédagogiques et quelques fois les soignants qui n'ont pas forcément identifié leurs propres compétences pédagogiques, et cela ne peut pas être que du bon sens et du désir de bien faire qui sont un des moteurs et qui peuvent être compliqués pour identifier ces compétences, et sa propre absence de compétence en terme par exemple pédagogique, c'est quelque chose qui est quelque fois difficile de travailler avec les soignants .

Alors, la notion autour de la place du soignant, c'est celle de soignant médiateur, parce que les professionnels de l'éducation pour la santé identifient souvent le médiateur comme un tiers entre le patient et sa maladie. Et il y a même une phrase qui est assez classique pour les éducateurs pour la santé, c'est l'enseignant est un passeur, cela figure le passeur de l'information, mais ce n'est pas simplement au niveau de l'information, c'est au niveau des différentes compétences puisque c'est bien un transfert de compétence. On parle bien des compétences qui appartiennent au soignant et qui vont être transférées au patient et donc c'est cette notion de soignant médiateur.

Et puis, la place du soignant, je l'évoquais dans une éducation qui est multi professionnelle nécessairement, elle n'est pas définie uniquement pour certains soignants qui se sont emparés d'un projet. Il va y avoir un projet d'éducation, alors il y a deux façon de voir, certains soignants disent : « c'est bon, c'est untel et untel qui s'en occupent, ou c'est telle profession qui s'en occupe ». C'est cette façon de faire quelque fois, mais on ne peut pas imaginer une minute de toute façon, que le patient, lui même, il va être dans ce mouvement là. Il est forcément au contact de différents soignants, de différentes professions, et cette éducation, il va se la construire aussi, quand je disais tout à l'heure, le patient arrivera à un moment donné et au niveau des différentes professions qu'il est amené à rencontrer et là, c'est aussi une question que j'avais en terme de réflexion, c'était autour de la spécificité de votre profession et comment dans cette spécificité de votre profession, il y avait des éléments qui étaient concourants, qui étaient facilitants, qui pouvaient être interrogeants par rapport aux processus qui peuvent être mis en place.

Je vous remercie

**UN CAHIER DES CHARGES POUR L'ÉDUCATION
POUR LA SANTÉ
AUPRES DES PATIENTS VIH...
Quand le Ministère montre la voie....**

Richard SALICRU

Psychologue clinicien – Psychanalyste
CHI André Grégoire – Montreuil (93)

Ma tâche est difficile aujourd'hui. Il s'agit de vous donner le goût de lire une circulaire... Je vais essayer, surtout en soulevant ce qui pourrait nous y interpeller. Ce n'est pas une circulaire qui modifie notre statut de psychologues ou de psychiatres, donc ça va être dur de s'y intéresser. Ce n'est pas non plus une circulaire qui nous apporte un agrément, une quelconque reconnaissance socio-professionnelle que nous attendons tous. Pas même une circulaire sur notre façon de nous former, de travailler. Il s'agit en plus d'un champ d'activité qui, si nous y intervenons de temps à autre, ne nous est pas propre. Nous n'y avons que peu à y faire, et essentiellement en deuxième ligne, en complémentarité. Néanmoins, je crois que notre présence y est indispensable car il s'y joue des choses de la psychologie, on y travaille en tout cas avec ces choses là...

La majorité des psychologues qui ont un peu d'expérience en matière de suivi des personnes atteintes par le virus VIH ont eu l'occasion de rencontrer au cours de leurs entretiens tel patient qui ne prend pas correctement ses traitements, tel autre qui fait courir des risques à ses partenaires, tel autre encore qui refuse toute sexualité depuis sa contamination. Nous sommes bien placés pour savoir que ces questions sont toutes des questions subjectives, uniques, liées intimement à l'individu qui se les pose. Et les réponses sont tout aussi uniques, elles diffèrent d'un sujet à l'autre, chacun y met un peu de ce sens qui l'anime. Il est impossible d'envisager une réponse universelle à des questions aussi intimes que la sexualité et le désir de vivre. Ces deux pulsions qui nous agissent souvent à notre insu, Eros et Thanatos, se détourneront ou contourneront inexorablement toute tentative de faire obstacle à leur marche insatiable vers leur but : jouir.

Vingt ans d'une prévention de masse acharnée n'a fait que créer de nouveaux lieux de jouissance, de nouvelles excitations. Le risque est toujours à l'ordre du jour, enfin à l'ordre de la nuit, face cachée de l'individu. Risquer, désobéir, ne pas entendre, ne pas voir, jouir. Aller vers le sombre, jouer dans le noir, bareback qui attire, qui excite plus que tout, l'interdit qui tombe, enfin boire la mort à pleine bouche. Laisser entrer en soi la semence, le germe fatal, lui donner toute les chances de prospérer, ne pas trop l'inquiéter, et mourir enfin.

Que peut-on faire face à cela ?

Savez-vous que le mot prévention, outre sa définition habituelle, possède une toute autre signification ? Je vous la livre : « Fait de porter sur quelqu'un ou quelque chose un jugement hâtif où interviennent souvent des critères affectifs » (on dit : nourrir de fortes préventions contre quelqu'un).

Cela n'a en effet rien à voir avec ce qui nous préoccupe. Mais en y repensant, le principe même des campagnes de prévention et d'éducation pour la santé ne prend-il pas sa source au détour d'un jugement hâtif des publics et des personnes, jugement toujours sous-tendu par des critères affectifs, surtout lorsqu'il s'agit de mort et de sexualité ! On ne peut pas y échapper. Georges Devereux, dans *De l'angoisse à la Méthode* dit : « l'humanité répugne à comprendre la sexualité » et plus loin : « une vieille attitude légaliste et moraliste (= infantile) sous-tend ce subterfuge : obsession de savoir ce que les gens font, mais phobie de connaître le pourquoi de ce faire, et ce que ce faire ou ne pas faire signifie... et signifie pour eux. » Il finit cette observation en expliquant que face à son incompetence à comprendre la sexualité, l'humanité se réfère seulement à son irrationalité. Ainsi, le regard supposé objectif sur la sexualité sera un regard extra-humain, extraterrestre, seul regard possible extrait de toute subjectivité.

Que veut donc dire prévention ? On ne peut que prévenir, c'est-à-dire « poser les affiches » portant à la connaissance de chacun les risques qu'il encourt, s'assurer que chacun est à même de comprendre ce qui lui est signifié, et attendre pour évaluer les résultats de la campagne. La santé publique raisonne en terme de masse, donc de nombre de personnes sauvées sur nombre de personnes perdues.

Il en va de même pour l'éducation. L'éducation pour la santé est un acte d'information. Là aussi s'assurer que le plus grand nombre possible a pris connaissance des choses à faire et à ne pas faire.

Voilà, nous, psy, nous connaissons en tout cas les limites de ces deux actions : prévention et éducation. Les limites sont claires, elles se trouvent aux portes de la subjectivité.

Mais, nous ne sommes pas appelés à intervenir sur ce champ là, nous les psy. On ne nous demande pas d'informer, d'éduquer ou de prévenir, enfin pas encore ! Et les personnes qui sont appelées à faire cela ne sont pas forcément prêtes à supporter les enjeux de ces limites. Elles informent, elles éduquent certes, mais n'attendent-elles pas des résultats ? Comprennent-elles et acceptent-elles qu'un patient qui sait n'applique pas forcément tel conseil ou continue délibérément à se tromper et à prendre des risques ?

L'objet de leur intervention est un objet rationnel, une connaissance qu'elles ont à apporter. Le résultat de cette intervention doit être effectif. Il doit s'agir d'une modification du comportement du patient. Sans cette réponse nous tombons dans l'irrationnel et c'est le désespoir ! Bon, là, bien sûr je caricature un peu ! Mais néanmoins, c'est souvent la plainte des soignants : *je lui ai dit comment faire et il ne le fait pas comme il faut*. Normal, il y a des limites à l'application d'une grille universelle, et ces limites sont différentes d'un individu à l'autre. Et le plus dur pour le soignant, c'est de se dire qu'il ne sait pas si ça va marcher avant même de commencer.

Les psy se placent sur un tout autre registre. Ils n'attendent pas de résultats. Ils n'informent pas forcément. Les enjeux sont complètement différents et les objectifs mouvants en fonction du sujet. Cela nous place sur un autre champ de

compréhension des désobéissances, mais il est utile que nous soyons conscients que si nous occupons ce champ c'est que nous n'avons pas à nous préoccuper de l'information, de l'éducation.

C'est peut-être là la clé de la compréhension et de l'interprétation du texte qui nous mobilise tous aujourd'hui. En effet, et cela est dit au sein de ce texte même : « l'implication de tous les membres de l'équipe et des patients dans la construction du projet » est un axiome nécessaire et indispensable si l'on veut garder l'espoir d'une véritable action.

Mais il faut bien que chacun sache où il se situe, quel est son rôle et quels sont ses objectifs. En dehors de cette prise de conscience nécessaire de chacun, on va inévitablement au mélange des genres et à l'inefficacité. Les limites du soignant qui applique une grille de lecture et une grille de solutions conventionnelles sont la subjectivité du patient, son irrationalité. Les limites du psy, lui qui est à l'écoute de la subjectivité, sont son impossibilité de donner l'information, de se positionner en tant qu'éducateur ou que soignant d'une certaine manière. Chaque fois que l'un ou l'autre déroge à ces limites, il y a risque d'échec pour le patient. Or, il est très difficile lorsqu'on est soignant de se limiter à donner les informations sans espérer en retour une réponse positive et un changement de stratégie de la part du patient, et il est aussi très difficile lorsqu'on est psychologue de ne pas pouvoir à un moment donné expliquer, donner à savoir, donner du savoir. Pour autant, il semble très probable que la clé de la réussite se trouve là, dans les limites de chacun.

Mais cela fait appel à une donnée supplémentaire, la collaboration des uns avec les autres. Cela n'est pas toujours simple mais pour autant c'est efficace. C'est bien ce que défend entre autre ce texte, que chacun connaisse son champ de compétence mais aussi son champ d'incompétence et qu'il soit en mesure de passer la main. « L'éducation pour la santé en direction des personnes séropositives pour le VIH s'inscrit dans une approche interdisciplinaire ». C'est bien la collaboration qui est demandée là. Le problème c'est qu'en matière de psychologie, tout le monde pense savoir y faire, et souvent mieux que les autres ; parce qu'au fond, la psychologie, ça nous connaît, ça nous connaît tous !

Non, ce n'est pas toujours simple de s'arrêter aux limites qui sont les nôtres et de ce dire qu'à partir de là ce n'est plus notre affaire mais soit celle du patient, soit celle d'un autre intervenant. Et ce d'autant plus quand le champ d'intervention est aussi vaste que la psychologie. Un chirurgien, quand il a refermé, en gros, il peut rentrer chez lui tranquille. Un éducateur ou un psychologue ne referme jamais la plaie, car la plaie psychique est en béance permanente. Il ne peut donc que difficilement se dire : bon là, j'ai fait mon travail, le reste ne m'appartient plus. C'est très dur de penser cela, c'est très dur de rentrer chez soi tranquille.

Je crois que ce qui est intéressant dans ce texte c'est justement de souligner cette question de l'interdisciplinarité. Je regrette qu'il n'y soit pas assez précisé que la compétence professionnelle des uns et des autres a ses limites, enfin que ces limites mêmes n'y soient pas déclinées. Néanmoins, ce texte a l'avantage de poser la question de l'échange des compétences, de la collaboration, non seulement entre professionnels mais encore avec le patient lui-même.

Au fond, chacun doit mettre un peu de son énergie dans l'affaire et le patient aussi, il fallait y penser. Car c'est là une des autres originalités de ce texte. Le patient y a des devoirs ! Evidemment nous n'avons pas intérêt à lire ces objectifs du patient avec notre œil d'analyste. C'est quasi insupportable ! Mais il faut y voir là l'attente du soignant, l'idée qu'il peut se faire du patient qui coopère. Les patients ne vont pas lire une circulaire avant d'entrer à l'hôpital et appliquer les recommandations pour avoir droit aux soins ! Encore que dans certains grands pays de ce monde on y est presque ! Mais ce morceau du texte reste intéressant pour ce qu'il notifie des éléments nécessaires pour être un patient qui va réussir à soigner sa maladie. Mais il faudra lire ce texte avec précaution, car on pourrait s'y croire autorisé à exiger cela du patient, et en dehors de cette application de la circulaire se sentir dédouané et éventuellement rentrer chez soi tranquillement.

On peut dire que là le ministère montre la voie, et à tout le monde, sauf à l'irrationnel qui est en chacun de nous ! L'irrationnel des mouvements psychiques inconscients est inatteignable, même l'Etat ne saurait en sa toute puissance toucher à ce domaine de la subjectivité. Et d'ailleurs, l'Etat, même s'il est une institution, se présente comme un seul homme. Et il parle. Il dit : cela est bon, cela n'est pas bon. A travers ses paroles de père protecteur et sévère, L'Etat par son ministère donne la ligne de conduite. Mais ne vous y trompez pas, lorsque sort un texte, un mot de l'Etat, il y a toujours un homme derrière, un individu, un sujet, peut-être plusieurs au mieux, et derrière cet homme il y a un sentiment, une façon de voir la vie, le sexe, la mort.

Cahier des charges ? Circulaires ? Rien n'est jamais innocent, vide de sentiment, ou vide d'émotion. Il y a souvent de l'espoir, beaucoup d'espoir, et surtout d'espoir politique, c'est-à-dire inscrit dans un projet politique. Faire mieux, libérer, soigner, aider, soutenir. Puis il y a la réalité...

Derrière ce cahier des charges qui nous a occupés ce matin il y a quelques individus, certains sont là aujourd'hui, d'autres restent dans l'ombre, mais l'ombre du ministère, de l'Etat. Ce cahier des charges est bourré d'espoir, de vie, de désir, il ne faut pas en douter. Il a été écrit avec émotion, enthousiasme et dans une volonté de donner un sens, une voie. Mais il ne peut que susciter une dynamique, et il faut espérer que ce qui en restera sera l'échange et le partage des tâches et des compétences. Face aux méandres du psychisme, aucune loi, aucune circulaire ne peut prétendre ouvrir la voie, elle ne peut espérer que donner de la voix, dire ce qui doit être, ce qui devrait être, ce qui pourrait être, dans le meilleur des cas...

DEBAT

Christiane Charmasson

Alors à regarder les mimiques de chacun dans la salle... Je pense qu'on va pouvoir vous donner le micro.

Chantal Brigaudiot

Il me semble en reprenant ce que j'ai entendu de Pierre Buttet et de Richard Salicru, que quand même la pluridisciplinarité, je ne suis pas pour rien non plus dans la rédaction, mais peut être qu'on peut aller au delà et la pluridisciplinarité elle me semble entendue essentiellement comme autour du patient, par rapport au patient. Mais, est-ce qu'éventuellement, et en particulier cela pourrait être une tâche des psy il n'y a pas un tout autre travail qui peut se faire. Je reprends l'exemple, peut-être que j'ai mal entendu ce que disait Richard, c'est-à-dire, il y a deux limites entre autres pour le soignant, c'est d'une part son utilisation sa référence à des grilles à des normes, à des objets tout faits et d'autre part la subjectivité, la part d'irrationnel chez le patient, mais si on se préoccupait un petit peu de la subjectivité des soignants, peut-être que là les psy aussi éventuellement ont un travail à faire, c'est-à-dire que l'on parle d'écouter les patients, d'éduquer les patients, peut-être qu'il faudrait aussi se préoccuper d'écouter les soignants, voire de les former, je n'emploierai pas d'autres termes pour eux.

Richard Salicru

Je dirais même plus, les gens de l'administration qui écrivent les textes aussi... Je pense que la subjectivité est partout.

Chantal Brigaudiot

Je crois qu'à ce titre là, j'ai quand même été sensible dans l'exposé de Pierre Buttet et tout au long du travail qu'on a pu faire justement avec les gens du Ministère, à une écoute possible des uns et des autres et un travail. Le texte de cette circulaire, même s'il ne convient parfaitement ni aux politiques, ni aux administratifs, ni aux psy, il n'a je crois rien à voir avec le texte initial, c'est qu'il y a quand même un travail en commun possible qui soit un minimum satisfaisant pour les uns et pour les autres.

Pierre Buttet

Vraiment, je vous remercie de ce que vous dites là, parce que c'est vrai que cela paraît être un énorme travail vu d'aujourd'hui ce que qui s'est passé ces dernières semaines, ces derniers mois, parce qu'il y a eu plusieurs personnes qui sont

intervenues, c'est vrai que cette progression en elle même, moi, je me disais telle que vous venez de le dire, c'est déjà ce premier pas, et c'est vrai qu'il y a plein d'éléments qui pour moi aussi sont insatisfaisants où il y a des éléments presque de frustration à l'intérieur de ce document où je n'aurais pas mis les choses comme cela, mais c'est un document de groupe, mais le principal intérêt, vraiment pour moi aujourd'hui, c'est de se dire que voilà c'est un document qui sera peut être un document martyre, mais au moins ce document va avoir dans cette progression, permis d'être un démarrage d'une dynamique, je l'espère.

Dr Denis Méchali

Je vais faire trois remarques rapidement. La première, c'est quand j'étais étudiant, j'avais été assez fasciné par Balint et son bouquin qui expliquait que souvent le patient exprimait au médecin généraliste des symptômes qui cachaient des choses derrière que le généraliste ne pouvait pas décrire et qu'il y avait dans un autre coin, dans un autre monde, un psychanalyste qui peut-être aurait pu entendre un petit peu mieux et qui avait proposé quelque chose qui était de l'ordre du transactionnel, le groupe Balint était typiquement une tentative transactionnelle. Ma deuxième remarque, c'est qu'une psychiatre et psychanalyste, que plusieurs personnes qui sont dans la salle connaissent, qui s'appelle Catherine Moton avait dit quelque chose qui m'avait frappé, en tout cas c'est comme cela que je l'avais entendu, qui était que les patients et les soignants dits somaticiens se retrouvaient quelques fois dans une angoisse effectivement majeure face au fait que si on est dans la souffrance et la frustration beaucoup de gens ne peuvent se consoler par un Dieu qui réparerait des choses de cet ordre là, que d'autre part est vécu quelques fois une science d'une très grande efficacité, que l'efficacité de la science est à la fois une réalité mais quelques fois effectivement qui rend encore plus douloureux les limites, le fait de ne pas répondre et que ceci a amené quelques fois à ce que je rejoins exactement ce que vient de dire à l'instant Chantal, c'est que quelques fois, la demande des uns et des autres, cache derrière une extrême souffrance parce qu'on ne veut pas répondre à des demandes de cet ordre là sauf à avoir, encore une fois, quelque chose qui atténue un peu et qui fasse transaction. Et la dernière remarque évidente, tous ceux qui parmi nous, très nombreux qui ont travaillé dans un réseau quelqu'en soit le nom qu'il s'appelle diabète, VIH, toxicomanie, n'importe quoi savent que très souvent au bout d'un certain temps ce qui se passe, c'est que chacun des acteurs passe de sa compétence qu'il défend et qui le rassure à s'exposer en tant que personne et que c'est un des éléments transactionnels qui permet quelques fois de repérer ma limite, la limite de l'autre, ma compétence, la compétence de l'autre et de s'approcher un peu, de faire émerger de ne pas être dans cet « enseignant » au sens maître et de limiter tout cela avec énormément de prudence et de modestie les notions d'emprise et de pouvoir.

Richard Salicru

Sur la question de la compétence, je voudrais insister sur quelque chose, c'est que les compétences soignantes et infirmières par exemple, les compétences médicales sont très cloisonnées, très cadrées en matière de psychologie, ça ne l'est

absolument pas. Et je crois que malheureusement, les psychologues, on le sait bien, on est bien souvent mis à mal et on nous considère bien souvent comme des êtres bizarres, parce que finalement on fait un truc que tout le monde sait faire et on ne voit pas très bien ce que l'on apporterait de plus dans le « schmilblic ». Sauf quand la personne pleure parce que là c'est quand même désagréable, et que c'est plus agréable que cela soit quelqu'un d'autre qui s'en occupe, mais c'est vrai que cette question... que je lisais encore dans un bouquin de psycho-gérontologie, c'est quelque chose qui n'a rien à avoir avec le VIH, mais c'est partout, où effectivement l'auteur essaye de définir ce que c'était la psychologie au sens commun et la psychologie, la science du comportement humain et éventuellement, il ne parlait pas de psychanalyse puisque c'était un comportementaliste, mais on était dans ce propos là, c'est-à-dire de bien essayer de cadrer quelque chose qui... parce que le mot psychologie malheureusement c'est un mot qui a un sens commun, dans la médecine, il y a plein de mots qui n'ont pas un sens commun et la médecine n'est pas un sens commun en soi.

Je crois que cela est très important la question des limites de compétences.

Daniel Grosshans

Je voudrais juste revenir sur ta position, Richard, tu nous dis au fond on n'est pas là pour l'éducation, on n'est pas là pour la prévention, on balance tout cela et c'est terminé, on rentre chez soi...

Si on est là, ce n'est pas si simple que cela non plus, parce que cette question va nous revenir je crois sous certaines formes, avec notre manière que nous avons, nous, de travailler, c'est peut-être bien là que se situe un peu la question, on est dans du sens commun effectivement et en même temps, il y a quelque chose de cette question, où c'est le patient qui va nous placer. Alors c'est vrai que parfois, dans ce que j'ai entendu de M. Buttet, en tant que psy je ne suis pas complètement contre, il y a des choses que l'on peut entendre, nous aussi, mais je crois là, la question un peu fondamentale qui se situe là derrière, on sait aussi qu'il y a des choses comme cela qui courent parfois aujourd'hui, c'est que nous ne sommes pas effectivement dans le « pas assez » nécessaire, c'est-à-dire pas à côté des soignants, nous sommes décentrés par rapport aux soignants, je crois que c'est cela qui me paraît assez intéressant, de tenir cette place de décentrage, parfois j'ai l'impression c'est le patient qui comprend le mieux qu'on est décentré, mais dans notre pratique, je dirais que le sens psychologique du terme « psychologie » d'une manière très générale c'est pour faire passer « la pilule » et dans le VIH on sait combien parfois nous sommes appelés à la rescousse pour faire passer les « pilules ». On n'est pas là pour faire passer les « pilules », mais on est aussi là pour laisser émerger comment les « pilules » elles passent chez le patient. Je crois que dans notre pratique on arrive aussi parfois à entendre comment ces « pilules » passent dans le sens propre du terme, quitte, et là je te rejoins, quitte même à ce que ces « pilules » ne passent plus du tout ou bien passent complètement de travers et puis cela va nous revenir avec l'histoire des résistances et ce qui est au bout c'est ce que tu as appelé « thanatos », la question de la mort.

Jean Szpirko

Je vais revenir et prolonger, pour rentrer cette fois-ci, non plus simplement dans des questions analytiques, rentrons dans le mauvais cheval le psycho-social. Puisque la question d'objectifs, c'est une question qui est à la fois juridique et à la fois psycho-sociologique. En droit, on crée quelque chose pour un objet, une institution se crée avec un objet. Les psycho-sociologues parlent d'objectifs ou d'intentions ou de projets, mais il y a une problématique qui se pose tout de suite, si on dit que le rôle du psy, puisque c'est comme cela a été désigné ce matin, le rôle du psy est d'impliquer le soigné dans la prise de conscience des difficultés qu'il va rencontrer si jamais il ne se soigne pas. Il y a donc un premier objectif, c'est d'écouter non pas pour écouter, mais d'écouter pour essayer d'impliquer et susciter une prise de conscience, c'est le premier objectif. Deuxième objectif : informer. Et bien, il y a eu un mécanisme qui se pose toujours dès qu'on a deux objectifs. Je cherche l'exception pour donner une validité logique. L'exception, il n'y en a pas, je ne connais pas. C'est dès qu'on a deux objectifs et que le premier est difficile à formaliser, difficile à évaluer, c'est le deuxième qui vient en premier. C'est-à-dire que si on dit à quelqu'un « écoutez pour impliquer et ensuite argumentez », très bien, on n'a pas besoin d'écouter, on argumente tout de suite, on a déjà fait quelque chose. Et bien, je crois que c'est ça à quoi on arrive, à partir du moment où on dit qu'il s'agit d'impliquer pour susciter une prise de conscience de façon à essayer d'informer et d'éduquer, la première partie disparaît et c'est la deuxième qui devient majeure.

Pierre Buttet

J'ai le sentiment que je n'ai pas eu les mêmes choses derrière les mêmes mots, tout à l'heure, il y a plusieurs phrases sur le thème d'objectifs, il y a eu des choses qui m'ont gêné, par exemple objectifs de soins, il y a eu la question de l'objet qui était fixé et qui était autour de la prise en charge de la maladie. Cela m'était plus difficile à imaginer, parce que j'avais essayé de mettre cet objectif, cet objet, dans une notion de santé et dans une notion de bien être. Alors, ce qui passe par le bien être du patient et par la santé, c'est sûrement corrélé par une prise en compte de la plainte, puisque le terme a été pris comme un des démarrage de la relation. Donc, je ne suis pas du tout, je n'ai pas de difficulté à l'imaginer comme transférer, au lieu d'utiliser ce terme d'objectif, d'utiliser le point de démarrage qu'est la plainte et après on voit vers quoi cela peut emmener et là c'est la question des compétences aussi, c'est difficile. Il y a eu plusieurs fois la question de ce que le soignant peut entendre, est-ce que la souffrance du patient est entendable si la souffrance du soignant n'est pas entendue. Du coup la plainte, je ne voudrais pas à l'inverse qu'elle soit complètement sans aucune place, et on le sait bien, je ne voudrais pas être provocateur, mais je crois que vous connaissez quelques consultations qui vont tellement vite où de toute façon, sur un suivi sur plusieurs années on découvre des choses qui sont au bout de plusieurs années qu'on aurait pu imaginer partager, être partagé ensemble entre le patient et le soignant. Je pense que cette question de la plainte, est peut-être à identifier, alors peut-être qu'il faut le transférer, si c'est plus générateur justement de la position que l'on peut avoir en face au lieu de l'objectif, mais c'est en tout cas pas un objectif de

soin, c'est vraiment à partir de ce que va pouvoir, avoir envie de travailler le patient avec les limites que vous souleviez.

Chantal Brigaudiot

Votre réponse me fait faire un saut, mais est-ce que l'on peut aussi se poser la question du côté et du patient et des différents professionnels ce que cela peut signifier qu'un médecin prenne cinq à dix minutes pour un patient et délègue à quelqu'un d'autre, le soin de faire entendre la nécessité d'obéir à la prescription qui n'a pas été commentée, etc... C'est-à-dire, pour autant que je le sache, le médecin reste quelqu'un d'extrêmement important pour un patient et c'est considérer donc une tâche secondaire, et on peut séparer la prescription, l'information et puis on est désobéissant, on n'est pas compliant, mais en face quel interlocuteur on a eu.

Richard Salicru

Mais là, je crois qu'on rejoint la discussion de ce matin avec Maryse Lépée. C'est-à-dire qu'aujourd'hui, les médecins ne peuvent plus prendre plus de dix minutes, puisqu'il y a une augmentation des patients permanente et pas une augmentation de médecins et de consultations. On est dans ce blocage là. Je pense que c'est effectivement leur tâche d'informer et d'aller jusqu'au bout de la prescription, la prescription c'est aussi faire en sorte que le patient sorte du cabinet en sachant, mais je ne suis pas sûr qu'aujourd'hui cela ne soit pas de l'utopie. Ce clivage étant pratiquement inévitable aujourd'hui, ce qu'il faut se poser comme question c'est comment au mieux le gérer.

Chantal Brigaudiot

C'est peut-être une réponse que je pourrais vous apporter, à savoir que dans certains endroits, les médecins qui effectivement ont un quart d'heure de consultation passe la main et ils accompagnent à ce moment là., tout simplement.

Richard Salicru

J'entends bien Chantal tu dis pourquoi on l'entérine ? je pense que l'on se bat depuis des années et on est désespérés face à l'évolution des choses. Alors, il s'agit peut-être pas d'entériner, mais d'essayer de gérer l'affaire au mieux, comme c'est possible....

Philippe Gay – Assistant administratif du CISIH de l'hôpital Cochin

Je voulais juste dire, par rapport à tout ce que vous avez dit sur le rôle du patient, comment l'impliquer dans sa maladie et à vivre mieux sa maladie, mais est-ce que vous pensez qu'actuellement, les médecins quelles que soient les disciplines, sont

suffisamment éduqués sur la santé, est-ce qu'il y a des vrais débats de réflexions sur qu'est-ce que c'est que la santé ? Qu'est-ce que c'est que le bien être ? Dans le bien être de quelqu'un que faut-il impliquer ? Qu'est-ce qu'il faut prendre et laisser ? est-ce qu'il y a une vraie réflexion sur la discipline de chacun ? Quel est son rôle ? Comment il peut impliquer ses compétences avec les compétences d'un médecin d'une autre discipline ? Je voudrais savoir est-ce que dans l'enseignement de base d'un médecin, quelle que soit la discipline ces sujets sont abordés et est-ce qu'il y a une vraie réflexion la dessus ? Parce que demander au médecin d'impliquer le patient, c'est très bien, mais encore faudrait-il qu'il soit éduqué pour le faire ? et en plus qu'il soit éduqué pour le faire, le mettrai-t-il plus en confiance et mettrait peut être plus en confiance le patient et qu'il y aurait une autre image du médecin qui n'est pas Dieu sur terre et je pense qu'il y a beaucoup de gens qui font beaucoup confiance à leur médecin, à tort, c'est mon avis et sans aucun libre arbitre, voilà je voudrais savoir si dans l'enseignement de base des médecins quelque soit la discipline ces sujets étaient abordés et qu'il y avait une vraie réflexion.

Pierre Buttet

Sur la question de la prévention et d'éducation pour la santé dans son ensemble, c'est vrai que le temps dévolu à cet enseignement est relativement faible, il est variable sur le territoire. Mais votre question concerne plus principalement les médecins et j'ai envie de continuer la question par rapport à d'autres soignants, c'est-à-dire là on est en train de faire un espèce de « dichotomie » qui serait celle du temps dans lequel le patient est géré dans une file active ou il est vu par le médecin et on sait bien que ...

Philippe Gay

Moi même j'ai été très choqué sur le manque d'éducation que j'ai eu par rapport à l'approche du patient, même si je n'étais pas directement lié aux soins, mais ne serait-ce que l'hygiène ! par exemple, c'est un des aspects sur lequel je n'ai eu aucune éducation à l'Assistance Publique. Donc, c'est pour cela que je parlais juste des médecins parce que dans la tête des gens, moi, quand je vais voir un médecin, que je vais à l'hôpital, c'est lui mon référent, c'est à lui que je vais faire confiance, peut-être plus qu'aux infirmières ou aux aides soignantes, je parle pour les gens hospitalisés, quand on est hospitalisé on a une vision différente, parce que là on est on lien avec les aides soignants, les agents hospitaliers, les infirmières, et les médecins. Sur certaines choses, je ne connais rien au VIH, à la psy, etc, Est-ce que les médecins sont suffisamment éduqués à l'écoute mais même à leur propre pratique ? à savoir, est-ce que l'on remet en cause leur propre pratique, la manière de soigner, c'est ce que je voulais savoir..... J'ai l'impression que c'est complètement abandonné, je connais quelqu'un qui commence des études de médecine, je lui ai demandé qu'est-ce que c'est que la santé, il n'était pas capable de me donner une définition déjà par lui-même et en plus il n'avait pas de définition inscrite dans son enseignement.

Pierre Buttet

Je rejoins votre analyse, je pense qu'il y a la place des différents intervenants, à l'intérieur de l'établissement de santé, puis aussi à l'extérieur. Donc, vous preniez un exemple assez souriant celui que vous avez eu un bébé récemment, mais on sait par exemple qu'aujourd'hui par le raccourcissement du temps de séjour des jeunes mères, notamment des jeunes mères avec leur premier enfant, les questions autour de l'allaitement, les questions autour de comment faire des biberons, elles sont transférées chez les pharmaciens d'officine. Donc, cela veut dire que les compétences sont aussi des compétences qu'il faut adapter en permanence à savoir qu'il faut adapter et puis des compétences. C'est la même problématique qui est difficile.

Richard Salicru

Je veux dire que derrière les médecins qu'il y avait un être humain et que donc chacun avait aussi ses compétences humaines et que forcément de l'un à l'autre cela peut changer énormément.

Daniel Grosshans

Je ne voudrais pas décevoir Monsieur, je crois qu'on est en plein dans un sujet tout à fait intéressant, mais derrière le médecin, il y a ce qu'on appelle tout simplement la médecine, alors pour vous donner un exemple, dernier acte en date, c'est-à-dire, vous savez que dans le VIH on s'occupe un peu de co-infection VIH/VHC qu'effectivement on a allègrement dit que le VHC cela ne se transmet pas sexuellement, faux! erreur! il faut maintenant dire aux patients effectivement que dans le VHC il y a un risque de transmission sexuelle, cela date de la CROI du mois de février, juste pour vous dire ce que les médecins disent aujourd'hui, qui serait peut être vrai est tout à fait faux demain, et là nous les psy on s'occupe de la subjectivité, on est dans des choses on le sait beaucoup plus incertaines et on n'est pas dans ces questions, aussi que ce qui est vrai aujourd'hui, soit complètement faux demain. La médecine est bourrée de choses comme cela.

ACCESSIBILITÉ ET COORDINATION DES OFFRES DE PRÉVENTION

Docteur Thierry TROUSSIER

Bureau de la lutte contre le VIH/IST
Direction Générale de la Santé (DGS)

Bonjour, merci à vous tous et merci à Christiane et toute son équipe pour le dialogue fructueux de nombreuses années qui s'institue entre la partie administrative ou éventuellement même de l'homme qu'il y a derrière les circulaires comme Richard nous l'a dit tout à l'heure et puis vous tous.

Nous sommes en 2005, globalement vingt ans de lutte contre le VIH du moins où l'état a pris position depuis la circulaire d'août 1985 concernant la transfusion sanguine et la disponibilité des sérologies. Il y a eu des grands tournants notamment en 97 avec la tri-thérapie et puis en 2005, les résultats montrent que l'épidémie continue. Montre aussi par ailleurs que des comportements de prévention que nous croyions acquis dans la population générale eh bien tentent à baisser, notamment particulièrement chez les jeunes, peu, mais cela existe et d'autre part ce qui nous a le plus surpris dans ces dernières années, c'est un comportement de prévention chez les personnes séropositives qui frôle 50 %, ce qui veut dire que 50 % des personnes séropositives n'ont pas de comportement de prévention du moins dans le cadre de leur sexualité ou du réinvestissement de la sexualité, puisque depuis la tri-thérapie de nombreuses personnes séropositives ou malades du sida ont réinvesti une sexualité, puisque c'est à peu près 70 % des cas et ça c'est l'enquête Vespa.

Je pourrais rajouter à ces observations, et à ce que Richard nous a dit la multiplication des lieux de plaisir même s'ils ont toujours existé, peut-être qu'ils sont un peu plus sombres malgré les lumières bleues qu'on a tenté de mettre pour y voir un tout petit peu plus clair du moins de voir comment on pouvait mettre un préservatif dans une « back room », voire une « black room ». Donc, ce qui nous a mobilisé, nous, les acteurs associatifs d'une part et l'état, pour éventuellement repenser la prévention dans les limites du conscient puisque l'inconscient nous n'y avons pas beaucoup accès et si je suis là, c'est bien pour cette raison là d'actions complémentaire entre les professionnels de santé qui s'intéressent plus particulièrement au corps ou au comportement et vous qui vous intéressez plus particulièrement à la partie subjective et irrationnelle des comportements de l'être humain.

Alors, des nuances dans la prévention, je viendrais simplement compléter ce que Pierre Buttet vous a dit ce matin, sur la notion de contamination, la notion de transmission et encore ce sont des mots nosologiques sur lesquels on pourrait discuter, mais la prévention de la contamination, c'est se préserver. Cela suppose, par rapport au VIH ou à l'IST que l'on soit séronégatif, qu'on n'est pas porteur d'un virus ou d'une infection sexuellement transmissible donc la prévention de la contamination c'est ce que vous connaissez habituellement. C'est se préserver soi-même et on a tous intérêt à se préserver si on a éventuellement des comportements

à risques et si on a éventuellement un ou une partenaire sexuelle à risques de, justement de quoi ? de transmission du virus ou d'une IST.

On aborde le deuxième thème, peu abordé pour de multiples raisons historiques, et qu'il est acceptable aujourd'hui de parler, qui est la prévention de la transmission et non plus de la contamination. Ce qui veut dire prévention de la transmission, cela veut dire qu'on est porteur du virus notamment, puisque c'est le VIH qui nous intéresse, mais on est porteur d'autres Infections sexuellement transmissibles, mais qui veut dire une prévention de la transmission, on pourrait dire, bien sûr « je suis séropositif du VIH, je me préserve pour ne pas être sur contaminé, pour ne pas avoir encore en plus une infection sexuellement transmissible et qui risque d'aggraver ma situation », bien sûr. C'est peut-être une raison de se préserver, mais la prévention de la transmission elle est essentiellement altruiste, c'est-à-dire, c'est préserver l'autre de la transmission du VIH, et là on ne se situe plus du tout sur la prévention de la contamination, qui est se préserver soi-même et on a tous intérêt et complètement motivés la-dessus sauf si évidemment rencontrer « thanatos » peut faire jouir et cela nous pouvons l'entendre. Mais peut-être jouer avec thanatos fait aussi jouir et qu'on a besoin de cela pour pouvoir continuer à jouir quand on est séropositif. De grands débats existent depuis à peu près moins d'un an aujourd'hui sur la responsabilité, jusqu'à présent on a parlé de responsabilité partagée, globalement c'était on est deux dans un rapport sexuel, on est responsable à deux : aller 50/50 ! Tout cela évolue en termes de nosologies, bien que cela a toujours certainement existé et on se dirige plus vers une responsabilité de type conjointe dans laquelle chacun est responsable à cent pour cent de son acte cent pour cent pour lui-même et pour l'autre aussi et c'est là où on voit la subtilité entre une santé publique qui se voulait hier individualiste, c'est-à-dire se préserver, se prévenir, s'éduquer pour soi-même et pour un mieux-être et puis celle d'une complaisance de type altruiste qui est dans le cas d'une collectivité, vivre mieux, parce qu'on ne peut pas vivre sans l'autre. C'est le deuxième point.

Le troisième c'était : y-a-t-il une plainte ? concernant la non-prévention ou la non-éducation par rapport aux patients comme nous dit Pierre, les objectifs du patient, les objectifs du soignant, mais il n'y a pas de plainte, il n'y a pas de demande. Il n'y a pas de demande, les patients séropositifs ne sont pas demandeurs, n'expriment pas le besoin d'être éduqués en quelconque de choses ou ne demande pas « j'ai des difficultés à avoir un comportement prévention » ou du moins rarement. Quelles plaintes nous avons, quelles plaintes on a entendu sur le plan du conscient bien évidemment. Les premières plaintes (40%), ce sont les plaintes qui tournent autour de la sexualité : Perte de désir, perte de plaisir, perte d'érection, douleurs aux pénétrations, je n'ai pas de sexe autour de ces plaintes, que ce soit de la part de la femme de l'homme, voire d'une transexualité. Ensuite ce sont des plaintes qui portaient essentiellement sur l'esthétisme. Or, vous les connaissez tous, mais qui dit toucher à son corps à l'esthétisme, au regard de l'autre, au regard de soi-même, dit toucher aussi certainement à des plaintes plus profondes. Puis après, il y avait des effets secondaires au traitement ou au VIH, mais les patients se plaignent qui si il y a des signes fonctionnels. Mais quand on pense tout simplement aux problèmes de cholestérol, cardio-vasculaire ou d'infarctus qui sont plus fréquents chez les patients séropositifs traités que chez d'autres personnes quand on les appaie au même âge au même sexe, etc... les patients

ne s'en plaignent pas. C'est à nous à ce moment-là, les médecins d'en prendre conscience, de connaître des événements gravissimes et de pouvoir les prévenir. Donc, vous voyez que l'expression de la plainte est donc éventuellement de fixer des objectifs en début de consultation et de l'utopisme, même si il est important pédagogiquement de mettre un cap pour savoir où l'on va. Et enfin, vous, nous, quel serait le rôle des psychologues, moi je le vois doublement : d'abord parce que la plupart d'entre vous œuvrent dans le cadre de CISIH ou dans le cadre de services de maladies infectieuses ou tropicales qui prennent en charge des patients VIH, et que par rapport à l'expérience que nous avons mis en place, je pense plus particulièrement à Saint Antoine, et bien, à Saint Antoine, c'est essentiellement Amina qui a pris la responsabilité de la coordination et de la mise en place de cette mission de prévention. C'est une psychologue, hors de ses activités de consultation, qui s'est sentie mobilisée qui a été identifiée par son chef de service et qui a pris cette charge organisationnelle de processus pour que puisse se réaliser une coordination des missions de prévention et il faut dire qu'à Saint Antoine cela marche mieux que dans certains autres hôpitaux où nous n'avons pas eu de coordinateur où nous n'avons pas eu spécialement par exemple un psychologue qui apportait cette action, voire, j'ai été obligé dans certains hôpitaux, d'aller voir le chef de service de psychiatrie pour pouvoir lui expliquer ce que nous allions faire dans les consultations de jour et dans les CISIH, de ces consultations de prévention pour pas qu'il ne prenne ombrage d'un champ qui pourrait éventuellement relever de la psychologie en lui expliquant bien que l'éducation pour la santé ou l'écoute sexologique telle que cela pouvait être réalisé était tout à fait de type pédagogique, de type comportementaliste et que dès que cela dépassait la subjectivité et bien la compétence de chacun était indispensable et qu'il y avait un relais et cela marche très bien en tout cas dans les deux hôpitaux dans lesquels nous avons mis en place le début de ces missions.

Et puis, il y a votre rôle professionnel inter-individuel que vous avez avec votre patient qui est donc, ce que vous avez dit ce matin, cette forme de complémentarité indispensable, même si vous êtes en seconde ligne à l'écoute de la subjectivité, à l'irrationnel auxquels seule la formation professionnelle que vous avez vous y octroie et vous permet de le faire bien évidemment ce n'est pas le rôle d'autres professionnels, même si ces professionnels, et là j'insisterais qui peuvent être médecins, savent écouter. Il est différent d'écouter le conscient et d'écouter l'inconscient.

Voilà, ceci pour l'introduction de ce qui explique que cela aboutit à un cahier des charges que nous avons travaillé, on verra tout à l'heure avec toute une équipe dont vous faites partie et puis ce cahier des charges s'est muté dans une circulaire et non pas une annexe de circulaire qui est actuellement dans le circuit de la signature, mais qui ne sortira qu'après que le décret soit lui même signé.

ACCESSIBILITE ET COORDINATION DES OFFRES DE PREVENTION

- Thierry Troussier DGS/SD6A

Les objectifs comme Pierre Buttet vous l'a montré ce matin, il y a les objectifs patients et les objectifs soignants. Donc, je ne reviendrai pas sur la partie théorique, j'ai mis simplement les objectifs complémentaires qui sont les objectifs propres aux patients VIH avec la trithérapie. Pour la patient c'est contribuer à la conduite de son traitement et qu'il soit lui-même acteur et au maintien de sa santé. Donc on voit déjà une approche beaucoup plus globale. C'est connaître son corps, mieux comprendre sa maladie et les principes de son traitement. C'est d'exprimer ou lui permettre d'exprimer ses difficultés et ses besoins notamment concernant la vie sexuelle. On a mis exprès ces mots «vie sexuelle» et non pas concernant une plainte sexologique afin que l'écoute des plaintes autour de la vie sexuelle puissent être entendues par n'importe quel professionnel de santé, même s'il est nécessaire dans un second temps éventuellement que ce soit pris en charge par soit des professionnels qui sont sexologues, soit des professionnels sexologues, psychologues ou psychanalystes, soit des personnes psychologues psychanalystes, avec des plans différents en fonction de la plainte et ensuite d'exprimer ses possibles difficultés concernant les co-facteurs de risques de transmission du VIH et la manière de se prévenir.

objectifs : interaction et synergie entre patient et soignant.

• *Pour le patient,*

- contribuer à la conduite de son traitement et au maintien de sa santé,
- connaître son corps, et de mieux comprendre sa maladie et les principes du traitement,
- D'exprimer ses difficultés, d'exprimer ses besoins spécifiques notamment concernant sa vie sexuelle,
- D'exprimer ses possibles difficultés concernant les co-facteurs de risques de transmission VIH

Pour les soignants et bien c'est le miroir de ces objectifs qui restent très théoriques, bien évidemment et qui sont pas dit d'emblée dans le cadre d'une consultation. Très souvent dans les consultations, par exemple de sexologie que je réalise, puisque je suis sexologue par ailleurs, ces objectifs viennent souvent en fin de première consultation ou au courant de la seconde consultation après avoir eu un temps d'écoute. Alors pour le soignant, c'est permettre au patient de s'exprimer sur ses difficultés, ses besoins spécifiques notamment sa vie sexuelle, sa maladie, son traitement avec son environnement, bien évidemment, de négocier avec le patient que nous avons des objectifs individuels personnalisés en fonction de son environnement de sa culture de ses possibilités, de ses compréhensions, d'aborder aussi avec le patient, c'est toujours un miroir donc les co-facteurs de risques de transmission du VIH et des infections sexuellement transmissibles et de participer à la prévention voire à la réduction de leur transmission (vous voyez, j'ai fait attention de ne pas mettre la réduction des risques) sur lequel on peut avoir un débat, mais je ne crois pas que ce soit l'objet à cette table, donc la réduction de la transmission. Et d'envisager avec le patient sa propre possibilité de réduire cette fois-ci ses prises de risques.

objectifs : interaction et synergie entre patient et soignant.

• *Pour le soignant,*

- permettre au patient de s'exprimer sur ses difficultés, ses besoins spécifiques (sa vie sexuelle, sa maladie et son traitement),
- De négocier avec le patient des objectifs thérapeutiques personnalisés,
- D'aborder avec le patient les co-facteurs de risques de transmission VIH et IST et de participer à la réduction de leur transmission,
- D'envisager avec le patient sa propre possibilité de réduire ses prises de risques

Comment mettre en place ce type de mission ? J'ai essayé de faire en une dizaine de points explicités sur comment vous pourriez faire ? Comment faire pour que dans votre service on puisse matérialiser, voire financer une offre de soins qui aurait pour objectif des missions de prévention dans le cadre d'un CISIH ou à l'extérieur dans le cadre tout simplement de la prévention en milieu psychiatrique / VIH.

Il faut élaborer le besoin exprimé par les patients porteurs du VIH et par les professionnels. Autour de quoi ? L'observance thérapeutique, souvent ce sont les professionnels qui en font l'observance. Et réponses aux plaintes sexuelles, ce sont souvent les patients qui le disent à condition qu'on leur permette de le dire après les dix minutes de consultations médicales et thérapeutiques, sur l'estime de soi dans lequel vous voyez souvent les patients pour les problèmes de dépression ou voire plus graves ; et sur les problèmes de prévention dont certains ont des signes fonctionnels évidents et d'autres ne l'ont pas et vous avez quelques exemples ici. Et surtout et d'abord et en premier, les problèmes de stigmatisation et d'exclusion voire d'insertion par rapport au social et au professionnel parce que si on vit et que le patient continue à vivre cette stigmatisation, cette exclusion par rapport à sa vie familiale, son environnement, sa profession, je ne vois pas bien comment il peut avoir des objectifs et améliorer par rapport à ses besoins qui touchent l'observance thérapeutique, ses problèmes sexuels, son estime de soi, des autres préventions qui sont plus le rôle du médecin qui ont peu de signes fonctionnels. Donc, ce dernier point est la priorité par rapport à certains patients qui sont porteurs du VIH si l'on veut éventuellement les accompagner sur le plan du conscient et dans d'autres points.

Evaluer les besoins

- Les besoins exprimés par les patients porteurs du VIH et par les professionnels :
- observance thérapeutique,
- réponses aux plaintes sexuelles,
- estime de soi,
- prévention (cardio-vasculaire, sexualité, gynécologie, dermato-vénérologie, douleur, addiction, dépression, nutrition),
- stigmatisation et exclusion et insertion sociale et professionnelle.

Les ressources avec qui vous pouvez travailler, vous même certainement, mais avec des personnes autour de vous qui peuvent être volontaires et les deux expériences que nous avons dans deux hôpitaux dans lesquels nous avons commencé à mettre en place ces missions, montrent que c'est très variable, d'avoir des personnes volontaires et formées. Formées à quoi? Formées certainement à un minimum d'écoute, au moins du conscient, savoir laisser exprimer, connaître les limites de ses compétences et connaître donc forcément les professionnels en complémentarité de ces compétences, et puis être volontaire. Avoir envie d'y aller, avoir envie de passer du temps avec des patients d'autant que c'est peu rémunérateur pour l'hôpital et on a vu les problématiques. Qui peuvent être volontaires autour de vous?, vous d'abord évidemment, votre profession, les diététiciens et diététiciennes, les sexologues, les éducateurs pour la santé gynécologues, cardiologues, dermatologues, infirmiers, secrétariat médico-social, il y a certain qui sont certainement oubliés, je pense à certains pharmaciens et pharmaciennes qui sont particulièrement investis dans le cadre de l'éducation thérapeutique, mais aussi et comme vous l'avez vu dans le décret COREVIH, les volontaires associatifs et ceci dans le cadre d'une contractualisation avec le service ou en dehors du service hospitalier en sachant que la circulaire qui sera diffusée est une circulaire pour les établissements de santé et que dedans il y a trois lignes qui disent que celle-ci bien évidemment pour les établissements de santé, mais peut être étendue à l'extérieur car la prise en charge des missions de prévention pour les personnes séropositives certes se situe sur le circuit de soins, mais que le circuit de soin n'est pas que hospitalier, il est aussi extra-hospitalier.

Evaluer les ressources humaines

- Des humains volontaires et formés en fonction des thématiques à aborder :
- professionnels de santé : psychologues, diététiciens, sexologues, éducateurs pour la santé, gynécologues, cardiologue, dermatologues, infirmiers, secrétaires médico-sociales),
- volontaires associatifs

Répertorier les moyens à mettre en place et ceci c'est avant de créer le projet. Eh bien, les trois expériences mises en place montrent qu'il faut une coordination de cette mission. Je remercie notamment le Laboratoire Roche pour son action avec Orchestra qu'il a commencé à Toulouse il y a de cela quelques années et qu'il a mis en place à Saint Antoine, montre que : libérer un certain temps une personne qui facilite la coordination de cette mission entre les médecins qui fabriquent des éléments pédagogiques de communication intra-professionnel, puis de communication entre les patients et vis à vis des patients montrent que l'effet, en tout cas, c'est que les consultations de prévention et de sexualités et les préventions d'autres spécialités sont plus importantes à l'Hôpital Saint Antoine qu'ailleurs. Donc, l'évaluation est immédiate, dès qu'il y a une action de coordination, dès qu'il y a une personne.. Il n'y a pas que Roche qui s'en occupe et qui est financé par Roche, donc Amina qui s'en occupe, c'est un duo intra- hospitalier et là d'une aide d'un laboratoire qui est un financement privé qui permet que cela se réalise.

Répertorier les moyens à mettre en place

- création d'une coordination des missions,
- ouverture de consultations,
- mise en place d'ateliers de groupe,
- réalisation d'un livret de présentation des offres de prévention, de dépistage et de soins pour les personnes séropositives,
- outils d'auto-évaluation des besoins du patient,
- outils évaluant les besoins, des locaux disponibles...

Donc d'abord, trouver des personnes qui veulent coordonner cette mission, parce que personne n'est intéressé particulièrement par la mission de prévention dans un hôpital.

Ouvrir des consultations avec ce que cela sous entend, comme accord en amont et en aval. Mise en place d'ateliers de groupes et là j'insiste, parce que l'offre de la mission de prévention ce n'est pas que des consultations de prévention, cela peut être des ateliers de groupes, des groupes balint, tel que l'on a pu l'entendre tout à l'heure et donc ce qui élabore des moyens financiers qui sont différents d'une simple consultation de simple vacations à la demi-journée.

Réalisation de livrets de présentation des offres de prévention qui peuvent être multiples et on a dans les deux hôpitaux, des consultations, des ateliers de groupe voire des focus groupes et de dépistage de soins, bien évidemment centrés pour les personnes séropositives et un outil d'auto-évaluation des besoins du patient et des outils évaluant les besoins et les locaux disponibles et ceci en amont de l'écriture d'un projet d'action qui est à définir.

Donc, rechercher les ressources du projet, rédiger ce projet, donc c'est Amina qui l'a rédigé avec les différentes personnes qui étaient mandatées pour ces missions de prévention. Il a fallu le présenter plusieurs fois au niveau des stafs pour qu'il soit accepté, l'inclure dans un projet de service et qu'il soit réellement inscrit dans un projet de service et associer à l'élaboration de ce projet, d'emblée des outils d'évaluation.

Où peut-on trouver des financements, cela à légèrement été plus dur parce que c'était la mise en place de la T2A, donc essentiellement autour des missions d'intérêts généraux, mais aussi sur des financements de l'ARH et on est en dehors des établissements hospitaliers avec des financements de la DRASS ou simplement des vacations hospitalières voire, grâce à des laboratoires privés des financements privés notamment en ce qui concerne la coordination.

Définir le projet d'action

- Recherche des personnes ressources du projet : chef de service, coordinateur, professionnels formés, volontaires associatifs,
- rédiger le projet et le dialoguer avec l'équipe de soin,
- inclure le projet d'action dans le projet de service,
- définir les éléments d'évaluation et les outils prévus dans le projet.

Répertorier les financements

- financement relevant
 - de la T2A,
 - des MIGAC,
 - des COM avec les ARH,
 - des vacations etc..
- Financements privés pour la coordination ou la mise en œuvre du projet

Il faut valider ce projet, ce n'est pas seulement un service, il faut faire remonter ce projet et le faire valider, le faire voter, en CME, ou en CCA. Il faut que la direction de l'hôpital le porte, il faut qu'elle aille le dialoguer avec l'ARH, il faut qu'en conseil d'administration avant le mois de juin, que ce soit pour les COREVIH, que ce soit pour ce type de circulaire, il puisse être acté dans l'année, si on veut avoir un financement pour l'année qui suit. Le respect des procédures est indispensable si on veut une contractualisation.

Valider le projet

- dans le programme d'établissement auprès :
- de la CME,
- du CCA,
- de la direction de l'hôpital
- du CA avant le mois de juin de l'année N
- Négocier les financements avec la direction de l'établissement et l'ARH et avec d'autres partenaires éventuels

La mise en place, peut être des consultations, des ateliers de groupe, s'assurer de la qualité de l'information relative à ces nouvelles offres de soins du service au sein de la structure et dans les hôpitaux et c'est recueillir des éléments de l'action.

Mise en place des missions de prévention et d'éducation pour la santé

- Consultations
- ateliers de groupe
- s'assurer de la qualité de l'information relative à ces nouvelles offres au sein du service, au sein de la structure de soin, en direction des autres établissements de santé, des réseaux extra hospitaliers, des associations de patients et des patients
- Recueil des éléments d'évaluation de l'action

Je voulais remercier plein de promoteurs que vous avez déjà eu autour de vous, donc certes derrière les textes il y a des humains qui sont informés, mais nous nous formons en formation continue grâce notamment à vous, l'INPES qui est intervenu, l'Association Comment dire qui intervient comme coordonnateur des deux projets qui sont au Centre hospitaliers de Saint Antoine et au Centre Hospitalier Européen Georges Pompidou, vous-même la SFLS, le Laboratoire Roche et je voudrais remarquer particulièrement son outil qui est Orchestra quand on peut souhaiter qu'il soit le plus largement diffusé, mais aussi ont été présents au cours de l'élaboration de ce projet et dès le début, les patients et notamment les associations et représentants de patients.

Merci

Les acteurs de la promotion de ce projet

- DHOS/EO2, DGS/SD6A et groupes d'expert
- INPES/direction du développement éducation pour la santé et thérapeutique
- Comment Dire
- CHU St Antoine
- CH Européen George Pompidou
- SFLS
- Laboratoire : Roche/Orchestra
- les associations de lutte contre le SIDA

DÉBAT

Chantal Brigaudiot

Je voulais savoir, ce n'est pas du tout provocateur, si le terme de post-vention qui semble tout à fait calqué sur prévention et qu'on trouve dans nombre de rapports sur la santé mentale et sur la psychiatrie, se diffuse en dehors du milieu psychiatrique et si comme on parle de prévention, on parlait aussi dans cette division de post-vention.

Thierry Troussier

Je tentais de faire avancer l'idée de post-vention, je n'y suis pas arrivé pour les grands professionnels et médecins, voire politique qu'il y a au dessus de nous en disant que c'était un mot qui était plus, je dirais, francophone de type canadien, et on m'a dit à juste titre et défendu que la prévention de la transmission du VIH, c'est-à-dire, on est infecté et on se prévient de sa transmission, c'est de la prévention et non pas de la post-vention. La réponse est en tout cas institutionnelle.

Christiane Charmasson

J'étais tout à fait étonné de voir que le Laboratoire Roche participait effectivement au financement de la coordination, je n'imaginai pas que cela pouvait être possible... Cela n'a pas été possible autrement qu'avec la participation d'un laboratoire ?

Thierry Troussier

Non... Si il y avait la volonté, si Amina avait voulu le faire toute seule, elle aurait pu, mais on n'aurait pas eu les moyens d'une part de faire un livret pour les patients, de faire une communication intra professionnelle avec un soutien convivial de ces réunions, on n'aurait pas eu un outil informatique qui permet aux médecins quand ils rentrent sur leur outils de dire « est-ce que vous avez pensé à telle prévention ? à telle indication, etc ? ». Je pense que l'aide de ce laboratoire, mais je pense qu'il peut y en avoir d'autres, a été en tout cas dans le starter de cette mission précieuse et l'objectif entre les deux hôpitaux, et bien il y a un qui a eu une offre de mission de prévention beaucoup plus facile et beaucoup plus efficace rapidement que l'autre. Donc, je ne peux que observer un an de travail dans l'un où il y a eu une aide et dans l'autre où il n'y a pas eu d'aide privée.

Richard Salicru

Je voudrais dire un mot sur « Orchestra », parce que j'ai eu le privilège ou la chance de participer à l'élaboration de ce projet chez Roche, c'est-à-dire j'allais

là-bas, sur la petite Ile, dans un très bel endroit... J'ai participé en fait pendant un an à l'élaboration de ce projet en tant qu'expert à l'époque où je parlais beaucoup de l'observance, c'est évidemment pour cela que l'on m'avait sollicité, et je dois dire qu'il y avait autour de la table pas mal de personnes et d'autres experts de d'autres disciplines, des associatifs, des sociologues, des statisticiens, c'était assez solide comme montage, mais c'est vrai que c'était entièrement financé par Roche et je suis assez content que l'expérience continue toujours, maintenant sur les enjeux de la présence là d'un laboratoire dans ce genre de chose, je ne sais pas trop quoi dire, mais cela a été relativement bien cerné ce projet là.

Véronique Tirard Fleury

Je voudrais juste apporter une précision, parce que je ne suis pas sûre que ce soit très clair dans les esprits. En fait, Thierry a parlé de deux choses. Il a parlé d'une part d'une expérience de terrain qui a lieu à Saint Antoine et à l'HEGP qui est expérience locale dans deux hôpitaux précis, et tu as aussi parlé du texte de la future circulaire. Ce sont deux choses différentes et dans les remerciements, et c'est vrai qu'il y a eu une liste qui a mélangé un peu les acteurs des deux. Pour que les choses soient plus claires, le groupe de travail qui a élaboré la circulaire et le texte officiel où je ne les ai pas vus, mais en tout cas il n'y avait pas ni le Laboratoire Roche ni aucun laboratoire et que par contre, il faut savoir et c'est dans beaucoup d'hôpitaux, il y a des laboratoires, et celui-là et sûrement d'autres, et des expériences privées qui s'installent dans les hôpitaux pour un temps donné en général et qui partent après et c'est vrai qu'il y a aussi des soucis au moment où ils partent pour la pérennité de la chose et c'est pour cela qu'il faut aussi faire des textes officiels pour recommander et faire un cadrage national pour peut-être mieux cadrer tout cela. C'est juste un éclaircissement, moi j'en avais besoin en tout cas.

Thierry Troussier

Tout à fait pour ce qu'il s'agit de Roche, pour les autres acteurs, ils ont tous participé à l'élaboration du cahier des charges à un moment ou à un autre, mais le cahier des charges n'aurait pas pu avoir lieu s'il n'y avait pas eu cette pratique notamment financée par la DGS au niveau des deux hôpitaux, parce qu'il faut aussi se rendre compte de la réalité, notamment l'idée qu'on avait d'élaborer des consultations de préventions à la demande des patients s'avère difficile à mettre en œuvre parce qu'il n'y a aucune demande de consultation de prévention.

Donc, faire des consultations de prévention proprement dit qui ne soient pas motivées par un médecin, on a beaucoup de difficultés si comme nous le proposait Pierre Buttet, d'attendre que ce soit une attente du patient pour que l'objectif soit réalisable. Et là, c'est vraiment la perception des professionnels de santé qui disent qu'il y a un besoin de prévention évidemment, mais ce n'est pas en tout cas exprimé par le patient. Donc c'est vrai que l'interaction qu'il y a eu avec ce projet financé la DGS sur les deux hôpitaux et l'élaboration de la circulaire, nous a permis d'avoir des circulaires qui me semblent un peu plus réalisables.

Pierre Buttet

Je voulais juste rajouter par rapport à ce qui a été dit que, en fait de la juxtaposition des deux projets pouvait naître l'idée qu'il y avait comme projet d'action, de prévention, d'éducation pour la santé, soit des consultations, soit des groupes de paroles, mais ce ne sont pas les deux seules perspectives qui peuvent exister, et le cahier des charges ouvre des perspectives beaucoup plus larges. C'est-à-dire que la question qu'on s'est posé ce matin, sur comment peut se faire cette intrication de ce type de projet à l'intérieur de nos pratiques, à l'intérieur des pratiques des soignants, la question qu'on se posait de l'interaction par rapport aux autres membres de l'équipe elle est tout à fait judicieuse en dehors de ces deux types d'actions qui seraient , consultations et groupes de parole, il y a aussi à réfléchir par rapport à d'autres actions de prévention d'éducation pour la santé qui peuvent être insérées dans un quotidien ou qui peuvent être imaginées dans un quotidien actuel plus proche de celui qui est dans les établissements de santé.

QUELLE PLACE POUR LES PSY DANS LES PERSPECTIVES DE SANTÉ PUBLIQUE ?

Sandra FRANRENET

Coordinatrice de l'UNALS

(Union Nationale des Associations de Lutte contre le Sida)

Pourquoi une loi relative à la politique de santé publique ? (Loi du 15 février 2002 : Surtout politique vaccinale, approche hygiéniste et curative.)
⇒ Essentiellement pour répondre à 2 « **paradoxes français.** »

En effet :

1. Bien que l'**espérance de vie** à la naissance soit **une des meilleurs du monde** (78 ans), le taux de **mortalité prématurée** (avant 65 ans) est le **plus élevé d'Europe** avec le Portugal

Raisons : Mortalité liée à des comportements à risque

⇒ Consommation excessive d'alcool + accidents de la circulation + suicides + sida

2. Par ailleurs, malgré une **bonne accessibilité globale aux soins**, on constate de grandes disparités sociales et géographiques :

Exemples : Ecart d'espérance de vie entre H. et F. : **7,5 ans.**

Ecart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers : **6,5 ans.**

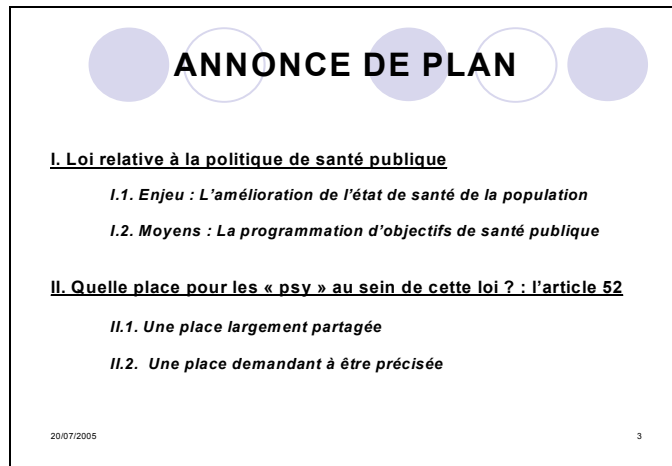
Ecart d'espérance de vie entre zones d'emploi au nord et au sud : **10 ans.**

Pour contribuer à améliorer l'état de santé des Français et, plus concrètement pour gommer ces paradoxes, l'Etat s'est penché sur 2 objectifs jugés prioritaires : **Réduire la mortalité et la morbidité évitables + Réduire les inégalités de santé.** Pour cela, il a fait voter **une loi relative à la politique de santé publique** (loi du 9 août 2004).

Concrètement, la loi prévoit que la **Nation** définit sa politique de santé selon des **objectifs pluriannuels** et qu'une **loi quinquennale** définit dans un rapport annexé ces objectifs ainsi que les principaux plans d'action que le gouvernement entend mettre en œuvre.

Nous commencerons par en étudier la philosophie de la loi du 9 août 2004

- (I) puis regarderons quel est l'impact de cette loi pour les « psy » en nous attachant aux dispositions réglementant la profession de psychologue (II).



I- Loi relative à la politique de santé publique

I.1. Enjeu : L'amélioration de l'état de santé de la population

I.1.1. Un Etat responsable de la politique de santé publique

- Une affirmation solennelle à un double niveau
- Une responsabilité érigée au rang de principe

opérateur

I.1.2. Une approche populationnelle recentrée sur la prévention

- Une approche populationnelle...
- ...Recentrée sur la prévention

I.2. Moyens : La programmation d'objectifs de santé publique

I.2.1. Définition des objectifs de santé publique

- Principe
- 100 objectifs pour la période 2004-2008

I.2.2. Mise en œuvre des objectifs de santé publique

- Enumération des plans et programmes
- Organes exécutifs

II- Quelle place pour les « psy » au sein de cette loi ? : l'article 52

II.1. Une place largement partagée

II.1.1. Tous psychothérapeutes ?!

II.1.2. Qui perd gagne ?

II.2. une place demandant à être précisée

II.2.1. Les incertitudes en suspens

II.2.2. Le rôle du décret d'application

I.1.1. Un État responsable de la politique de santé publique

- Une affirmation solennelle à un double niveau
 - ❖ Un État responsable sur le **plan national**
 - ❖ Un État responsable sur le **plan régional**
- Une responsabilité érigée au rang de principe opératoire

5 « R » de la DGS

20/07/2005

4

I.1.1. Un Etat responsable de la politique de santé publique

- *Une affirmation solennelle à un double niveau*

Affirmation solennelle de la **responsabilité de l'Etat** en matière de santé publique : détermination des objectifs, conception des plans et programmes de santé, évaluation (**article 2 de la loi 2004-806 ; art. L.1411-1 nouveau du CSP**).

⇒ Etat érigé en **garant de(s)** :

- **l'intérêt général** (protection de la santé)
- **résultats attendus** (améliorer l'état de santé de la population)
- **la cohérence des actions menées**
- **attentes des citoyens**

Action de l'Etat jugée sur l'amélioration de la population cible tous les 5 ans (= évaluation).

Au niveau national

Responsabilité de l'Etat devant le **Parlement** tous les 5 ans.

⇒ L'Etat définit tous les 5 ans les objectifs de la politique de santé publique par une loi qui sera débattue, amendée et voté par le Parlement.

Au niveau régional

Responsabilité de l'Etat via le représentant de l'Etat (préfet) qui :

- définit les objectifs et élabore le PRSP
- met en œuvre les programmes de santé publique contenus dans le PRSP via le **Groupement régional (ou territorial) de santé publique** (GRSP) (le représentant dispose de la moitié des voix + il est le président de son CA + il nomme son directeur.)

- *Une responsabilité érigée au rang de principe opératoire*

L'Etat met en place **5 principes opératoires (« 5 R » de la DGS)** qu'il propose aux acteurs de santé de partager :

1. « R » comme Responsabilité de l'Etat

L'Etat fixe des objectifs de santé : il est responsable de leur définition, de leur choix et de leur atteinte.

2. « R » comme Résultats

Le gouvernement rend compte tous les 5 ans de l'impact de sa politique sur l'état de santé de la population. Les objectifs sont évalués tous les 5 ans (avant promulgation d'une nouvelle loi quinquennale) et suivis annuellement.

3. « R » comme Rationalisation

Rôle de l'Etat clarifié : il fixe et programme les objectifs pluriannuels + garantis les résultats + impulse les actions nécessaires.

Structures institutionnelles précises pour l'expertise, la concertation et la décision.

Niveaux d'actions organisées au niveau national et régional.

Actions programmées dans différents plans et programmes.

4. « R » comme Régionalisation

La région est définie comme l'échelon optimal de définition et de coordination des politiques de santé publique (raison : permet une proximité réelle avec les populations ciblées).

5. « R » comme Réseau

L'Etat favorise la culture du réseau en organisant le **partenariat des acteurs de santé** (santé publique, soins et médico-social) ⇒ Collectivités locales, ARH, Assurance maladie, Organismes à compétences particulières, établissements publics et privés, INVS, INPES, associations agréées représentant les malades, etc.

**I.1.2. Une approche populationnelle
recentrée sur la prévention**

- « Approche populationnelle »

« Approche populationnelle » ? « Approche par la personne »

- Prévention

Ne plus opposer soins et prévention !
 Apports de la loi :

- Rôle de l'INPES
- Programmes de dépistage
- Veille et alerte sanitaire

20/07/2005 5

I.1.2. Une approche populationnelle recentrée sur la prévention

- ***Une approche populationnelle...***

« Approche populationnelle » ≠ « Approche par la personne ».

Approche par la personne correspond aux **comportements individuels**, demandes spontanées de soins et à l'action des professions de santé envers les personnes malades ou usagers du système de santé considérés individuellement.

Approche populationnelle prend en compte **l'ensemble des déterminants environnementaux de l'état de santé** (physiques, sociaux, économiques, culturels), y compris ceux qui influencent les comportements individuels. Démarche correspondant à l'action des pouvoirs publics, institutions, associations et réseaux. Elle vise à pallier les insuffisances de l'approche spontanée ⇒ **Organisation du partenariat entre les différents acteurs de santé** qui doivent à leur tour s'approprier cette démarche.

Jusqu'à présent les ressources allouées à la demande spontanée de soins (approche par la personne) **beaucoup plus élevées que l'approche populationnelle.**

CONCRETEMENT :

Première loi depuis 1902 qui comporte dans son intitulé la **formule « santé publique »** ⇒ Dimension « populationnelle » de la santé.

Par ailleurs, le **rapport annexé à la loi** inscrit très clairement la fixation des objectifs de santé dans une démarche populationnelle. Il précise que le niveau de la **personne** et celui de la **population** ne doivent pas être opposés. Au contraire ils sont **complémentaires** ⇒ Définition d'objectifs

de santé quantifiés susceptibles d'être atteints **dans la population ou dans des groupes spécifiques** ayant des traits communs (Cf. I.2)

- *...Recentrée sur la prévention*

Pour parvenir à améliorer l'état de santé de la population, il faut **cesser d'opposer soins et prévention** ⇒ **Développement de l'organisation de la prévention** en fonction des différents groupes de population + optimiser les compétences existantes.

INPES

- Valorise + diffuse les programmes de prévention et d'éducation pour la santé,
- Apporte son concours à la mise en œuvre des programmes régionaux de l'Etat,
- Participe à la gestion des urgences sanitaires.

Programmes de dépistage

- Ils sont intégrés dans les programmes de santé.
- Les examens de dépistage sont pris en charge par l'assurance maladie et la loi introduit la possibilité d'un remboursement des consultations de prévention par l'assurance maladie.
- Les médecins qui réalisent des consultations de prévention transmettent aux services du ministre de la santé des données statistiques.
- Il est prévu un contrôle médical régulier de prévention et de dépistage des élèves et étudiants dans le cadre scolaire.

Veille et alerte sanitaire

- Les missions de l'INVS sont précisées et élargies (approche par pathologie complétée par une approche par population à risque).
- Les moyens d'action des pouvoirs publics sont renforcés (notamment le ministre de la santé peut prescrire les dispositions appropriées en cas de menace sanitaire grave).
- Obligation pour l'ensemble des professionnels de la sphère sanitaire et médico-sociale (et non plus seulement aux médecins) de signaler les risques dont ils auraient connaissance aux autorités sanitaires.
- Tout professionnel de santé peut être réquisitionné par le représentant de l'état si la situation sanitaire le justifie.

- Chaque PRSP comprend nécessairement un plan d'action relatif à l'alerte et aux situations d'urgence sanitaire.
- La vigilance sur les produits de santé et les infections nosocomiales sont complétées par une obligation de déclaration des évènements indésirables graves liés aux soins.

I.2.1. Définition des objectifs de santé publique

- Principe (améliorer l'état de santé de la population)
 - 5 ans
 - Valeur d'engagement
 - Accompagnés d'indicateurs (évaluation)
 - Méthode de programmation/ objectif
 - Niveau national/ niveau régional
- 100 objectifs pour 2004-2008
 - 100 objectifs pluriannuels quantifiés
 - 27 domaines
 - Qq. exemples

20/07/2005 6

I.2.1. Définition des objectifs de santé publique

- **Principe**

L'Etat **définit** tous les 5 ans les **objectifs de santé publique** par une **loi** et **précise** ces des **objectifs pluriannuels** (ainsi que les plans stratégiques) dans un **rapport annexé** à la loi.

Les objectifs ont une valeur d'engagement (en posant ces objectifs, l'Etat montre qu'il s'engage à atteindre le résultat voulu : amélioration de l'état de santé de la population).

Ces objectifs sont accompagnés d'un ou plusieurs **indicateurs** permettant de mesurer + suivre les résultats obtenus : **Objectifs + indicateurs = Evaluation.**

⇒ **Méthode de programmation par objectif** (seule méthode permettant d'associer tous les acteurs de santé).

Niveau national

Ces objectifs sont définis par le **gouvernement** (Ministère de la santé) d'après le rapport du **Haut Conseil de la santé publique** (Expertise/ création de la loi) après consultation de la **Conférence nationale de santé** (Concertation permettant l'expression + le dialogue des acteurs et usagers du système de santé via leurs instances représentatives / *création de la loi*). Le **Parlement** examine, amende et vote la loi définissant ces objectifs tous les 5 ans.

Niveau régional

Le **représentant de l'Etat** (préfet de région) élabore et arrête le **plan régional de santé publique** (PRSP) après consultation de la **Conférence régionale de santé** (Concertation des acteurs de santé de la région (assurance maladie, conseil régional et collectivités locales) + d'expertise sur les spécificités régionales de l'état de santé de la population et du système de santé régional / *création de la loi*) **en cohérence avec les plans, programmes et objectifs nationaux**, en tenant compte des **spécificités régionales**.

- **100 objectifs pour la période 2004-2008**

Enjeu général : Améliorer l'état de santé de la population

Plus concrètement : Réduire la mortalité et la morbidité évitables + diminuer les disparités régionales en matière de santé.

Pour atteindre ce but ⇒ **100 objectifs** pluriannuels quantifiés portant sur **27 domaines** consignés dans le rapport annexé à la loi.

Ils permettent d'engendrer des améliorations de l'état de santé susceptibles d'être atteints compte tenu des connaissances et des technologies disponibles. Ils ont été déterminés en fonction de la **situation actuelle**.

Quelques exemples :

Objectif 1 : Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool/Hab. de 20% [Indicateur : Consommation annuelle d'alcool /Hab.]

Objectif 36 : Réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100.000 en 2008 (actuellement 3,0). [Indicateur : Incidences des cas de sida]

Objectif 100 : Réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées. [Indicateur : A construire]

I.2.2. Mise en œuvre des objectifs (1)

• Énumération des plans et programmes

Niveau national

- ❖ Plans stratégiques pluriannuels
- ❖ Plans prévus par arrêté ministériel
- ❖ Plans nationaux antérieurs à la promulgation de la loi
- ❖ Plans en phase de mise en place ou en préparation

Niveau régional

Plan régional de santé publique (PRSP)

20/07/2005

7

I.2.2. Mise en œuvre des objectifs de santé publique

- Énumération des plans et programmes

Au niveau national

La loi prévoit que les objectifs sont notamment atteints au moyen de plans et programmes nationaux (4 types) :

1. Plans stratégiques pluriannuels

Sont inclus dans le rapport annexé.

Répondent aux problèmes de santé nécessitant la coordination de multiples intervenants sur plusieurs années.

Les 5 plans stratégiques pour la période 2004-2008 concernent :

- Lutte contre le cancer (*1 décès sur 4 et 1^{re} cause de mortalité avant 65 ans*)
- Lutte contre la violence, comportements à risque et pratiques addictives (*impact encore sous-estimé*)
- Santé et environnement (*encore difficile de connaître la part des facteurs d'environnement collectif dans les phénomènes morbides mais réelle préoccupation dans la population*).
- Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (*avec l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de personnes souffrant de maladies chroniques croît rapidement ⇒ poids économique considérable. Médecine peut limiter l'impact sur la qualité de vie*)
- Prise en charge des maladies rares (*Estimation : environ 5 % de la population touchés par une maladie rare au cours de leur vie*).

2. Plans prévus par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale

⇒ Ils concernent notamment les programmes de prévention et de dépistage (*ex. lutte contre le saturnisme*) et poursuivent des objectifs généralement inclus dans le rapport annexé.

3. Plans nationaux antérieurs à la promulgation de la loi

⇒ Leurs thématiques et objectifs ont été le plus souvent repris dans le rapport annexé à la loi.

4. Plans en phase de mise en place ou en préparation

Ex. plan périnatalité 2005-2007 lancé fin 2004.

Exemple : Programme national de lutte contre le VIH-sida et les IST (2005-2008)

Au niveau régional

Le PRSP est arrêté sur la base du diagnostic régional partagé. Plan dynamique qui regroupe l'ensemble des actions et programmes régionaux de santé.

Le PRSP comporte :

- des objectifs de santé publique reflétant les évolutions souhaitées en terme d'amélioration de l'état de santé de la population ou de sous-groupes spécifiques
- des stratégies d'action à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs en cohérence avec les plans nationaux d'action définis au niveau national et spécifiant les groupes cibles et les résultats attendus (objectifs intermédiaires)

Pour élaborer ce **PRSP**, chaque région effectue un diagnostic régional partagé portant sur 3 axes :

- l'état de santé de la population régionale, et, si cela est pertinent, sur des sous-groupes spécifiques
- le bilan des actions en cours au niveau de la région

les ressources disponibles pour mettre en œuvre les actions de santé publique

I.2.2. Mise en œuvre des objectifs (2)

- Organes exécutifs

Niveau national

INPES

Niveau régional

Groupement régional de santé publique (GRSP)

20/07/2005

8

- Organes exécutifs

Niveau national

Une fois la loi votée, l'**INPES** met en œuvre des programmes de santé publique de l'Etat (valorise + diffuse les programmes de prévention et d'éducation pour la santé) et apporte son concours à la mise en œuvre des programmes régionaux de l'Etat.

Les actions sont ensuite mises en place par les ministères, l'assurance maladie, les agences sanitaires, les associations, etc.

Niveau régional

Le PRSP, une fois arrêté par le préfet de région, est mis en œuvre par le **Groupement régional (ou territorial) de santé publique (GRSP)** présidé par le représentant de l'Etat (Préfet).

GRSP comprend l'Etat + INVS + INPES+ assurance maladie + ARH. Les collectivités territoriales et les est de soins/santé peuvent aussi s'y joindre si le souhaitent.

Les actions sont ensuite mises en place par les pôles régionaux de l'Etat, les collectivités locales, l'ARH, URCAM, etc.

N.B. : Un mot sur l'évaluation

Au niveau national

Evaluation de la **politique de santé publique** tous les 5 ans au moment du vote de la loi quinquennale (responsabilité de l'Etat)

Evaluation tous les 5 ans de la réalisation des objectifs nationaux par le HCSP

+ L'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé peut procéder à une évaluation totale ou partielle a tout moment.

Au niveau régional

Conférence régionale de santé (communique les résultats de ses travaux à la Conférence nationale de santé).

L'Etat peut conduire d'autres formes d'évaluation.

TRANSITION

- Cette loi a-t-elle un impact pour les « professionnels de santé » ?
- **OUI !** (4 précisions)
- Reconnaissance et réglementation du titre de psychothérapeute : **Art. 52**

20/07/2005 9

Transition

Concernant les professionnels de santé :

L'obligation de formation continue des professionnels de santé est affirmée pour les *médecins + pharmaciens* et étendue aux *sages-femmes, chirurgiens dentistes* et *auxiliaires médicaux*.

Loi 9 août 2004 précise le mode d'exercice de plusieurs professions :

- **Psychothérapeutes** : exercice professionnel soumis à l'inscription au registre national des psychothérapeutes.
- Création de 2 ordres professionnels : **masseurs-kinésithérapeutes** et **pédicures-podologues**
- Création de la profession de **conseiller en génétique**
- Extension du domaine de compétences des **sages-femmes**

Nous allons donc nous intéresser à la réglementation de la profession de psychothérapeute.

Dispositions de l'art. 52

« L'usage du titre de **psychothérapeute** est réservé aux **professionnels inscrits au registre national** des psychothérapeutes.

L'inscription est enregistrée sur une liste **dressée par le représentant de l'Etat dans le département de leur résidence professionnelle**. Elle est **tenue à jour, mise à la disposition du public et publiée régulièrement**. Cette liste mentionne les **formations** suivies par le professionnel. En cas de transfert de la résidence professionnelle dans un autre département, une nouvelle inscription est obligatoire. La même obligation s'impose aux personnes qui, après deux ans d'interruption, veulent à nouveau faire usage du titre de psychothérapeute.

L'inscription sur la liste visée à l'alinéa précédent est **de droit** pour les titulaires d'un diplôme de **docteur en médecine**, les personnes autorisées à faire usage du titre de **psychologue** dans les conditions définies par l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et les **psychanalystes** régulièrement **enregistrés** dans les **annuaires** de leurs associations.

Un **décret** en Conseil d'Etat précise les **modalités d'application** du présent article et les **conditions de formation** théoriques et pratiques en **psychopathologie clinique** que doivent remplir les personnes visées aux deuxième et troisième alinéas. »

20/07/2005

10

L'article Article 52 de la loi du 9 août 2004 :

« L'usage du titre de **psychothérapeute** est réservé aux **professionnels inscrits au registre national** des psychothérapeutes.

L'inscription est enregistrée sur une liste **dressée par le représentant de l'Etat dans le département de leur résidence professionnelle**. Elle est **tenue à jour, mise à la disposition du public et publiée régulièrement**. Cette liste mentionne les **formations** suivies par le professionnel. En cas de transfert de la résidence professionnelle dans un autre département, une nouvelle inscription est obligatoire. La même obligation s'impose aux personnes qui, après deux ans d'interruption, veulent à nouveau faire usage du titre de psychothérapeute.

L'inscription sur la liste visée à l'alinéa précédent est **de droit** pour les titulaires d'un diplôme de **docteur en médecine**, les personnes autorisées à faire usage du titre de **psychologue** dans les conditions définies par l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et les **psychanalystes** régulièrement **enregistrés** dans les **annuaires** de leurs associations.

Un **décret** en Conseil d'Etat précise les **modalités d'application** du présent article et les **conditions de formation** théoriques et pratiques en **psychopathologie clinique** que doivent remplir les personnes visées aux deuxième et troisième alinéas. »

Remarque préliminaire : Pour la première fois, le titre de psychothérapeute est réglementé. Auparavant, n'importe qui pouvait se déclarer « psychothérapeute ».

II.1.1. Tous psychothérapeutes ?!

- Professionnels concernés par l'art. 52

ARTICLE GENERALISTE

- ❖ Toutes les « catégories de psy »
- ❖ Les médecins (autres que psychiatres)
- ❖ Les « professionnels »

- Conditions d'utilisation du titre

A priori 5 conditions

20/07/2005

11

- **Professionnels concernés par l'article 52**

Quelle que soit l'acception prise, **toutes les « catégories de psy »** sont prises en compte dans la loi (*article 52 alinéa 3*) :

1. Psychiatres (docteurs en médecine)
2. Psychologues
3. Psychanalystes

Outre ces 3 catégories de « psy » s'ajoute donc les « docteurs en médecine » (*alinéa 3*) à savoir les **médecins**, qu'ils soient généralistes ou spécialistes - **autres que psychiatres**.

CSQ : Les « psy » cités et les médecins peuvent légalement et officiellement utiliser le titre de « psychothérapeute » MAIS agrément "administratif" nécessaire.

Outre les « psy » et les médecins, *l'alinéa premier* de l'article 52 dispose que le « titre de **psychothérapeute** est réservé aux **professionnels** inscrits au registre national des psychothérapeutes. »

⇒ **Article généraliste** qui concerne les « **professionnels** » sans préciser les professions visées.

Ccl : L'usage du titre ne sera pas limité aux psy et aux médecins.

- **Conditions d'utilisation du titre**

1. Etre inscrit au registre national des psychothérapeutes

2. Préciser sa formation professionnelle = diplôme ? (pas sûr !)
3. Pour les psychanalystes : être enregistré dans un annuaire associatif d'une association de psychanalystes
4. Exercer sans discontinuité (en cas d'interruption de deux ans après la première inscription, une seconde inscription est nécessaire).

Avoir/recevoir une formation théorique et pratique en psychopathologie clinique

II.1.2. Qui perd gagne ?

- De l'amendement Accoyer à l'amendement définitif
« gains et pertes » des différents professionnels.
- La place de l'art. 52 dans le corps de la loi, un signe révélateur ?

L'art. 52 appartient au **chapitre II** (« Cancer et consommations à risques ») du **Titre IV** (« Objectifs et mise en œuvre de plans nationaux ») de la loi.

20/07/2005 12

II.1.2. Qui perd gagne ?

De l'amendement Accoyer à l'amendement définitif

Au départ : Amendement Accoyer

⇒ La **profession** de psychothérapeute n'était **réservée qu'aux seuls psychiatres et psychologues**.

Aujourd'hui, pourraient utiliser le titre :

- les psychiatres
- les psychologues

Mais aussi :

- les psychanalystes figurant sur un annuaire associatif
- tous les médecins (docteurs en médecine)
- et tout professionnel inscrit sur le registre national des psychothérapeutes.

Nous sommes donc passés d'un article très restrictif concernant 2 catégories socioprofessionnelles à un article très généralistes (fourre-tout ?) qui concerne a priori tout le monde (« les professionnels »).

Qu'y a-t-il eu à gagner ou perdre pour les uns et les autres dans cet élargissement ?

⇒ Grâce à cette loi, les médecins peuvent être « officiellement » psychothérapeutes. Par ailleurs on note que leur inscription sur le registre est « de droit » (*alinéa 3*) Reconnaissance d'un exercice de fait + rationalisation : décharge des psychiatres (transfert de compétences).

⇒ Les psy peuvent désormais se faire appeler « thérapeutes », ce qui leur était interdit. Actes remboursés ? (pas clair encore, pas encore à l'odj).

Au final, on peut néanmoins se demander quelle place est réservée aux « psy » dans cette loi puisque tout le monde semble pouvoir exercer la profession de psychothérapeute ?

Volonté officieuse = Rationalisation ? (Pas assez de psychiatres pour exercer la profession donc délégation aux médecins et ainsi de suite ?). Faire travailler tous les acteurs de santé ensemble ou à la place des autres quand nombre insuffisant ?

- La place de l'article 52 dans le corps de la loi, un signe révélateur ?

L'article 52 est le dernier article du **chapitre II** (« Cancer et consommations à risques ») précédé par un article concernant « la prévention et information sur les toxicomanies. » !

du **Titre IV** (« Objectifs et mise en œuvre de plans nationaux ») de la loi !!!

Quel rapport avec la réglementation de l'usage du titre de psychothérapeute ?!

Il eût peut-être été plus cohérent de l'insérer dans le **Titre V** intitulé « Recherche et formation en santé » ?

Place de l'art. 52 au sein de cette loi = signe révélateur ?

Nous avons vu que cet article était finalement un article un peu « fourre-tout » dans la mesure où il concerne tout le monde dans le but de satisfaire tout le monde.

Cette loi = loi fourre-tout dans la mesure où elle traite à la fois des programmes, de veille sanitaire, de cancer, de santé, d'environnement, de recherche biomédicale, etc. + il n'y a pas nécessairement cohérence entre les chapitres annoncés et les articles qui les composent (pour preuve l'art. 52).

Ccl° : place des « psy » dans cette loi = place de l'art 52 dans la loi cad place « fourre-tout » ?

Renforce la volonté du législateur de rationaliser ? Et donc de légiférer « tout et n'importe quoi » pour n'oublier aucun acteur susceptible de pouvoir intervenir dans cette logique.

II.2.1. Les incertitudes en suspens

- Pas de définition de la « psychothérapie »
- Professionnels ?
- Titre
- Inscription/liste/département
- Inscription de « droit »
- Formation en psychopathologie clinique
- N.B.

20/07/2005 13

II.2.1. Les incertitudes en suspens

Pas de définition de la « psychothérapie » : le décret donnera-t-il une définition ?

Article généraliste qui concerne les « **professionnels** » sans préciser de qui il s'agit. Est-ce que cela signifie que toute personne souhaitant exercer la profession de psychothérapeute le pourra ?

Titre de psychothérapeute : L'usage du titre est réglementé mais pas les méthodes ni l'exercice de la profession comme c'est le cas pour les médecins ou les pharmaciens (conditions de nationalité, diplôme, inscription au tableau de l'ordre).

Inscription enregistrée sur une liste publiée régulièrement : Le décret devrait préciser où et sur quel support ladite liste sera publiée ainsi que les modalités de l'inscription.

+ Le rattachement à un département pose la question pratique du lieu d'inscription pour ceux exerçant dans plusieurs départements : il sera probablement nécessaire de s'inscrire dans chacun d'eux ?

Un des objectifs de cette publication : donner une garantie au public (lutte contre les sectes). Mais en quoi le fait d'inscrire et publier une liste peut-il garantir quoi que ce soit ?

Inscription de droit pour les médecins, psychologues et psychanalystes enregistrés :

Inscription de droit ? A priori inscription automatique si demande. Ces 3 catégories de professionnels peuvent donc potentiellement faire usage du titre (mais à condition de remplir certaines conditions de formation ou de reconnaissance par leurs pairs).

Concernant les psychanalystes : quid de ceux non inscrits sur les annuaires ? Les associations accepteront-elles de communiquer des listes ? Or annuaires = "publics" / le pb des listes a fait flamber les débats il y a qq temps !

Le décret devrait préciser les conditions d'inscription pour les professionnels (lesquels, d'ailleurs ?) ne relevant pas des 3 professions citées.

Conditions de formation théoriques et pratiques en psychopathologie clinique :

Actuellement : aucune précision sur cette formation ⇒ devrait être précisé par le décret

A priori : Formation (au moins minimale) obligatoire en psychopathologie pour tous, y compris pour les médecins, psychologues et psychanalystes inscrits.

Le décret devrait mentionner s'il y a d'autres types de formation ou bien une formation plus complète **en plus** pour les autres professionnels.

Question à régler dans le décret : médecins (dont évidemment les psychiatres) et les psychologues ont déjà reçu dans leur cursus une formation en psychopathologie ⇒ devront-ils recevoir tout de même une formation ou en seront-ils dispensés ?

N.B. :

Il n'est fait aucune allusion à l'exigence d'une thérapie personnelle pour se prévaloir du titre de psychothérapeute.

La disposition n'évoque à aucun moment la reconnaissance légale des écoles et instituts de formation (**ni des associations de psychanalystes**). Les professionnels type psychiatres et psychologues ayant reçu un diplôme d'Etat ou d'université seront-ils logés à la même enseigne que les autres

professionnels qui n'ont pas de diplôme ou des diplômes non équivalents ?

II.2.2. Le rôle du décret d'application

- Beaucoup de questions pour peu de réponses
- Décret/interprétation de la loi
- Attentes de la DGS/ négociations ouvertes
- Continuez à vous manifester !!!

20/07/2005 14

II.2.2. Le rôle du décret d'application

De nombreux points et questions en suspens. Très peu de réponses.
Le décret à venir va nécessairement être lié à l'interprétation de la loi.
Actuellement, les négociations restent ouvertes car tout reste à construire !
C'est le décret qui va apporter toutes les réponses.

Attentes de la DGS/professionnels concernés par le décret à venir :
S'interroger sur la signification d'une formation en psychopathologie clinique et notamment par qui elle pourrait être dispensée et comment ?

Continuez à vous manifester et à faire part de vos avis et opinions !

MERCI BEAUCOUP !



Bibliographie

- **DGS** (CD Rom disponible sur www.sante-gouv.fr)
- **Revue « « Santé Publique »** de la SFSP (N°4 – 2004)
- **Étude du Dr Nathalie Thilly** – Septembre 2004
- **Article « A propos de la politique de santé publique, quelques brèves observations »** Isabelle Coppart
- **Lamy Droit de la Santé**
- **@gora-Psy**
- www.oedipe.org
- www.regardconscient.net
- Etc.

20/07/2005

16

DÉBAT

Richard Salicru

Déjà, merci pour cet exposé clair et précis sur quelque chose qui pour moi est complètement glauque, c'était très intéressant. Deux questions me sont venues. On a déjà un numéro d'inscription dans le département quand on est inscrit en libéral comme psychologue : un numéro ADELI, je ne sais pas si vous connaissez cela, c'est une obligation, cela n'a rien à voir, je suppose avec la nouvelle inscription du psychothérapeute ? Et la deuxième question : est-ce que vous avez entendu, ou vu dans vos pérégrinations autour de cette loi, quelque chose sur l'agrément, la tarification des psychologues ou des psychothérapeutes. Est-ce qu'on a parlé argent ? parce que là on en a pas encore parlé. Est-ce qu'un jour il y aura une reconnaissance sécurité sociale, un agrément... ? pour les libéraux surtout.

Sandra Franrenet

Non... Vraiment, et je m'excuse par avance, mais je crois que je n'aurai pas beaucoup de réponses à vous donner parce que la loi n'est pas encore appliquée, il y a beaucoup de décrets qui vont devoir la préciser. Quant à la seconde partie sur les psy, il n'y a que des questions, il n'y a pas de réponse. Mme Muriel Rabord (Bureau de la Psychiatrie à la DGS) a été très gentille de me répondre, mais elle m'a bien dit que tout restait à faire finalement, j'ai bien peur de ne pas avoir beaucoup de réponses à vous donner malheureusement.

Chantal Brigaudiot

Si je peux ajouter quelque chose, Sandra Franrenet a souligné, que c'est le seul petit bout dans la loi qui concerne de près ou de loin les psy. Et c'est à propos du titre de psychothérapeute. Il n'y a rien d'autre sur les psychologues ou sur quoi que ce soit d'autre.

Dominique Jammet

Il me semble que ce qui pose problème dans cet article 52, c'est que son écriture même montre des paradoxes. En fait, si j'ai bien compris, cela correspond bien à ce que vous disiez, c'est qu'on fait une inscription de droit du médecin, c'est-à-dire, n'importe quel médecin pourrait être inscrit de droit, cela s'oppose à l'exigence de formation psycho patho. Donc, toute cette définition serait une formation psycho patho c'est précisément parce que là il y a un défaut dans l'écriture même de ce projet de loi, et que c'est tout à fait polémique à plein de niveaux de définir ce que serait une formation psycho patho.

Sandra Franrenet

Il me semble que ce ne soit pas exclu, mais évidemment comme dans le cadre de leur cursus ils en ont déjà reçu une, je ne vois pas tellement comment il pourrait Finalement

Dominique Jammet

Il y a sept heures de psychopatho. en médecine générale. C'est considéré par l'ordre des médecins en tout cas, il y a un rapport de l'an dernier qui considère cela comme parfait.

Patricia Paillet

Pour répondre à la question : qu'est que c'est qu'une formation en psychopathologie, on peut toujours se poser des questions et refaire le monde tous les jours... mais, est-ce qu'on ne pourrait pas considérer, vu que le début de la loi prévoyait que les psychiatres et les psychologues cliniciens étaient à peu près bien formés, en tout cas en psychopathologie, voilà déjà un début de réponse. Je sais que cela va faire concurrence à toutes ces écoles de psychothérapie qui estiment qu'elles sont bonnes, meilleures, etc... mais déjà, les psychologues ont un titre, un statut, les psychiatres ont un ordre... leurs formations ne sont pas apparemment contestées. Voilà déjà un élément de réponse. Finalement, elle me va bien cette loi, qui est un grand bazar et un grand souk parce que je trouve, finalement tant qu'à faire un titre de psychothérapeute, il ne faut surtout pas dire qu'on est psychothérapeute. Cela me va très bien. On est soit médecin, soit psychologue, soit psychiatre et tant pis pour le reste. Je crois que c'est plus une garantie pour les gens, pour les patients.

Chantal Brigaudiot

Il faut aller quand même regarder de près les textes, en particulier « Clery-Melin » dont je vais parler, qui explique que la formation de psychothérapeute doit pouvoir être accessible à n'importe qui. C'est-à-dire, que ce soit un assistant social, une secrétaire administrative, etc... Tout doit pouvoir se former à la psychothérapie. C'est écrit en toute lettre et répété.

Patricia Paillet

Je dis, c'est pour cela que psychothérapeute n'est pas un métier, c'est un grand bazar.

Muriel Chevalier – Psychologue – Hôpital de Tours – Réseau Ville-Hôpital

Je voudrais juste souligner quand même, sur cette formation de psychopathologie clinique, c'est que nous voyons quand même actuellement une main-mise ou un espèce de chapeau, sur les psychologues, par les médecins psychiatres. C'est aussi une réponse sur les relations que nous avons avec les psychiatres, sur nos formations, sur nos recrutements, qui font parti de plus en plus au niveau des jurys des jeunes psychologues qui se présentent dans les services. Et donc, c'est quand même aussi une main-mise sur une certaine indépendance.

TRANSFERTS DE COMPÉTENCES ?

Chantal BRIGAUDIOT

Psychologue – psychanalyste

Hôpital Lariboisière – Paris

Bonjour.

Comme vous l'a rappelé Christiane Charmasson, le principe de cette communication, l'abord d'un tel thème se sont décidés à Tours, lors du dernier congrès de la SFLS, dans la conviction qu'un exercice solitaire dans "son" service, "son" établissement, en marge de ses collègues, "psy" et "non-psy", en marge de l'administration, ou dans la méconnaissance complète de l'administratif et du statutaire, était des plus périlleux : pour les "psys" eux-mêmes, mais aussi pour les équipes, pour les patients. Et devant le constat que les "psys" alors présents, psychologues pour la plupart, ignoraient ce que les pouvoirs publics envisageaient pour l'avenir de la psychiatrie, de la santé mentale - et pour eux.

Ce texte était prêt avant la rencontre que quelques psychologues viennent d'avoir avec un des conseillers de Monsieur Douste-Blazy ; jusqu'alors le discours qui était tenu, quels que soient nos interlocuteurs, nous avait la plupart du temps renvoyés d'une part à la difficulté que les psychologues eux-mêmes auraient à spécifier aussi bien leur exercice que leurs desiderata, d'autre part à la nécessité de travailler sous la responsabilité du corps médical, selon les directives des chefs de service. Or, il y a deux jours, surprise : Monsieur Brunel nous a affirmé que la psychologie n'avait « rien à faire d'une tutelle médicale », était une « discipline à part entière », « absolument autonome »... et que « pour avoir la parole et être plus visibles », « les psychologues devaient s'organiser » : « en pôles absolument distincts des unités de psychiatrie », « avec un financement MIG », et que, de toute façon, « les rapports se succédaient souvent sans donner lieu à mise en œuvre ».

Certes. Et le dernier « plan psychiatrie et santé mentale »¹ envisage la création de telles structures². Cependant, ce même plan 2005-2008 renvoie explicitement aux rapports précédents, qui gardent donc toute leur actualité : au « rapport final du groupe de travail DGS sur l'évolution des métiers en santé mentale : 'Recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé' (avril 2002) et au « rapport des Dr Cléry-Melin, Pascal et Pr Kovess sur 'la psychiatrie et la santé mentale' (septembre 2003) » - qui « préconisent un véritable continuum entre les contenus de formation et la pratique professionnelle. »³

¹ Psychiatrie et santé mentale. 2005-2008.

² « Impulsion, par le ministère de la Santé, de la création de projets de psychologie clinique dans les établissements de santé, dans le cadre d'une réflexion qui associera les professionnels. Ces projets, qui peuvent s'appuyer sur les « collègues » déjà existants, ont vocation à réunir les psychologues de ces établissements et à leur donner la capacité et un rôle de diffusion de bonnes pratiques, de développement de la formation et de contribution à la recherche clinique, dans une démarche collective cohérente avec le projet d'établissement. ». Psychiatrie et santé mentale 2005-2008, p. 47.

³ Idem.

Par ailleurs, évoquer tous les rapports demandés et remis me semble garder toute sa pertinence, dans la mesure où, sous des aspects divers, y sont évoqués nombre de points qui ont été abordés depuis le début de cette journée : définition des compétences professionnelles, travail en partenariat, etc. - points qui sont d'ailleurs régulièrement abordés au sein de la SFLS, et de la commission dite « psy »⁴.

Dans les dernières années du mandat Kouchner, puis sous la mandature de Monsieur Mattei, et aujourd'hui de Monsieur Douste-Blazy, nombre de rapports ont donc été remis aux pouvoirs publics, à leur demande souvent, concernant les professions de santé, la psychiatrie, la santé mentale (la spécification de ces deux champs mérite d'être considérée, mais nous n'en avons pas ici le loisir).

Je ne m'attarderai pas spécifiquement sur le "Projet de plan 2005-2008", proposé par Monsieur Douste-Blazy, puisque, pour l'essentiel, il reprend ces différents rapports - auxquels je me référerai donc.

Je vais, dans un premier temps, les citer ; cela peut sembler fastidieux, mais comment mieux témoigner et de la volonté affichée des pouvoirs publics de remédier aux maux recensés, dénoncés, et de l'univocité, en quelque sorte, des orientations préconisées ?

Deux rapports, ceux de la DGS, ont été élaborés dans un cadre très strict : ils "constituent les résultats des travaux des groupes mis en place conformément aux protocoles d'accord des 13 et 14 mars 2000 relatifs au service public hospitalier" - ces "groupes de travail ont été composés de manière à assurer une représentation institutionnelle (syndicats médicaux et non-médicaux, conférences, usagers, administration) et pluri-professionnelle (diversité des lieux d'exercice, des métiers, des disciplines, personnalités qualifiées). Ces rapports, "présentés devant le comité consultatif de santé mentale le 11 avril 2002", proposent des modalités concrètes d'évolution du fonctionnement du dispositif de santé mentale afin de mieux répondre aux besoins des usagers".

La plupart des rapports seront requis et remis selon d'autres modalités : un ministère aura sollicité une personnalité, ou quelques personnes aux compétences reconnues, dans des domaines parfois très spécialisés. Il s'agira d'état des lieux, d'évaluation, d'avis rendus et / ou de propositions.

L'objet, l'angle d'approche de chacune des missions étant spécifiques, je les préciserai pour chaque rapport.

Voici la liste des principaux :

- Juillet 2001 :

Rapport de Mission "De la Psychiatrie vers la Santé Mentale"

Dr Eric Piel, Dr Jean-Luc Roelandt.

Puis les deux rapports de la DGS que j'évoquais :

- Mars 2002 :

"Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale" (rapport final du groupe de travail élaboré sous l'égide de la direction de l'hospitalisation et de

⁴ Le terme de « psy » trouve ici d'autres échos : comment négliger les conséquences peut avoir l'usage d'un tel terme - confusion pour nous-mêmes, pour nos interlocuteurs ?

l'organisation des soins/mars 2002). Rapport élaboré, donc, " à partir des attentes des usagers et des difficultés des professionnels de la psychiatrie pour répondre à la pluralité des demandes exprimées.... Cette approche n'est pas centrée sur les structures et permet des propositions concrètes élaborées par les équipes, dans un cadre sectoriel ou intersectoriel, conformément aux SROS et aux projets d'établissements."; puis :

- Avril 2002 :

Rapport final du groupe de travail DGS. Sous-direction de la santé et de la société. Bureau de la santé mentale / Groupe de travail relatif à "l'évolution des métiers en santé mentale : Recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé". Ce rapport "vise, par l'abord d'une réflexion sur les métiers en santé mentale, à renforcer la démarche de santé publique consistant à proposer une prise en charge adaptée des difficultés liées à une souffrance psychique ou un trouble mental avéré, en s'attachant à la personne qui souffre et à ses besoins. Les recommandations portent sur l'adaptation des compétences et des métiers en santé mentale, notamment en terme de formation et d'organisation du travail, permettant de préciser la spécificité, les compétences et les relations des intervenants, professionnels ou non, en santé mentale."

- Novembre 2002 :

Mission "Démographie des professions de santé". Sous la Présidence du Professeur Yvon Berland. Rapport remis à Monsieur Jean-François Mattei, Ministre de la santé, de la famille, et des personnes handicapées.

- Mars 2003 :

"Agir aux racines de la violence"

Contribution à l'exercice de préparation de la Loi d'Orientation en Santé Publique - adressée à Monsieur Jean-François Mattei, Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées par Philippe Cléry-Melin, Vivianne Kovess, Jean-Charles Pascal.

- Juillet 2003

" Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé"

Rapport à l'attention de Monsieur le Ministre Luc FERRY, Ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, et de Monsieur le Ministre Jean-François MATTEI, Ministre de la santé, de la famille, et des personnes handicapées, remis par Monsieur Domitien Debouzie, Président de l'Université Claude Bernard Lyon 1 (Conférence des Présidents d'Université).

- Août 2003 :

Rapport de mission "Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé" remis par le Professeur Yves Matillon à Monsieur Luc Ferry, Ministre de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche et à Monsieur le Professeur Jean-François Mattei, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

- Septembre 2003

"Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale".

Ce "rapport d'étape" de la (deuxième) "mission Cléry-Melin", remis au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées par Philippe Cléry-Melin, Vivianne Kovess, Jean-Charles Pascal, "s'inscrit dans les objectifs de prévention déterminés dans le cadre de la loi relative à la politique de santé publique, propose un plan d'actions ciblé sur la réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale de l'enfant à la personne âgée, en abordant plus spécifiquement la coordination public/privé, la collaboration avec les autres structures de soins et l'articulation avec le médico-social. Il s'agit, comme pour d'un autre angle d'approche, et de propositions.

- Octobre 2003

« Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences ». Rapport d'étape présenté par le Professeur Yvon Berland, remis à Monsieur Jean-François Mattei, Ministre de la santé, de la famille, et des personnes handicapées.

Parallèlement à ces rapports, qui ont trait au système de santé, dans sa globalité, d'autres ont été sollicités :

En 2001-2002 :

- "Prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles soumis à une injonction de soins dans le cadre d'une mesure de suivi socio-judiciaire"

- "Prise en charge de la souffrance psychique et des troubles de la santé mentale dans les situations de précarité et d'exclusion"

- Santé mentale des personnes détenues et troubles du comportement : comment améliorer et articuler les dispositifs de prise en charge sanitaire et pénitentiaire

- Prise en charge des mineurs en grande difficulté : éléments de guidance à l'usage des professionnels (cf. circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ 2002/282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté)

puis, en décembre 2003 :

"Rapport de mission Jean-Louis Terra pour la prévention du suicide des personnes détenues".

Je ne développerai bien sûr ici que quelques points.

Bernard Kouchner, dans son propre rapport, avait déjà préconisé ce que le rapport Berland systématisera sous l'appellation "transfert de compétences". Et ce n'était pas une véritable innovation : faisant fi des textes relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, des non-infirmiers avaient été autorisés à administrer des médicaments - prescrits, et à pratiquer des aspirations endotrachéales, par exemple. Dans des conditions bien précises, certes, mais le principe était acquis.

Dans les rapports que j'ai évoqués, qui pour les premiers avaient pour objet la démographie des professions de santé ⁵, l'accent va toutefois être mis non plus, comme auparavant, sur le personnel paramédical et sa raréfaction, mais sur les médecins ; deux points vont être notamment développés : leur nombre insuffisant, et le poids écrasant non seulement de leurs hautes missions, mais aussi et surtout de tâches nombreuses que d'autres pourraient

⁵ Y. Berland, « Démographie des professions de santé », 2002, par exemple.

bien assurer... ce qui se peut se résoudre simplement, si l'on en croit les rapports : ces tâches seront déléguées à d'autres.

Par exemple : je cite le premier rapport Berland : "Les radiologues pourraient confier certains examens standardisés aux manipulateurs radio.... Les cardiologues pourraient déléguer certains actes techniques : holter, échographie etc. à des infirmières techniciennes en cardiologie. L'interprétation des examens resterait de la responsabilité du spécialiste. Les néphrologues pourraient déléguer, sous leur autorité, certaines activités de dialyse à des infirmières techniciens de dialyses."⁶

Ce qui se résume ainsi - c'est l'introduction même de ce qui précède : "Les médecins doivent intervenir là où leur compétence est indispensable. Il convient dans ce dessein de déléguer certaines activités à d'autres professions médicales ou paramédicales dont plusieurs sont à créer. Ainsi du temps médical pourra être libéré et utilisé de manière optimale".⁷

Quelques réflexions.

Déléguer, confier : quelles nuances ? quid de la responsabilité de chacun ?

D'autre part : il n'y a pas assez de médecins... on va remplacer des médecins par des infirmiers. Mais il n'y a pas non plus assez d'infirmiers... Qu'à cela ne tienne : les infirmiers, appelés à d'autres fonctions, seront remplacés : "Les infirmières diplômées d'Etat devront, sous réserve d'une formation complémentaire, pouvoir accéder à d'autres corps de métier. Pour autant, à l'instar des médecins, elles devront être soulagés par des aides soignantes...".⁸

Le rôle propre devient, pour toutes les professions, plus flou.

Question subsidiaire : A qui les psychologues pourraient-ils déléguer ?

Il ne s'agit plus de travailler en équipe, pluridisciplinaire, même si les textes, parallèlement, le prônent. En tout cas pas au sens où nous l'entendions, ou comme nous essayons encore de le faire. Ce qui est à l'ordre du jour est plutôt du côté de l'indistinction des compétences, de l'interchangeabilité des personnels. Une "même culture" doit d'ailleurs s'acquérir lors d'une première année d'études commune⁹. Nous y reviendrons.

De toute façon, tout est à refaire, ou à faire, puisque, aujourd'hui, comme cela se lit : "Aucun des acteurs actuellement sur le terrain n'est complètement formé, dans les cursus officiels, pour répondre à la réalité (...) ni les médecins, ni les psychologues, ni les travailleurs sociaux, ni les infirmiers..."¹⁰.

C'est fort habilement exposé : il ne saurait, pour personne, s'agir d'un surcroît de travail ; il ne saurait s'agir que de gain, d'accès offert à un exercice jusque-là impossible, voire illégal, ou même à un nouveau métier ; ce qui, en d'autres lieux, est baptisé « meilleure répartition » s'assortit de gratifications en tout genre : formations valorisantes, extension du champ d'activité, de responsabilité, promotion professionnelle qui valide l'expérience acquise.

⁶ Y. Berland, « Démographie des professions de santé », 2002, p. 95.

⁷ Idem.

⁸ Ibid.

⁹ D. Debouzie, « ...la première année des études de santé », 2003.

¹⁰ E. Piel, J.-L. Roelandt, « De la Psychiatrie vers la Santé Mentale », 2001, p. 60.

Mais comment ne pas voir dans ce processus la mise en acte de déqualifications, ou de disqualifications, de « dénaturation » des professions, des statuts, des fonctions, tels qu'ils sont actuellement définis ?

Attardons-nous, tout naturellement, à la psychiatrie : parce que c'est ce qui nous concerne ici aujourd'hui, mais aussi parce que ce champ a servi "tout naturellement" d'échantillon aux mutations imaginées - la psychiatrie est dite particulièrement sinistrée, depuis longtemps; ce champ tout à la fois est restreint, qualitativement, quantitativement, et donc considéré comme facilement appréhendable, tout à la fois offre un certain flou, puisque tout le monde s'estime concerné, aussi bien parmi les acteurs que les consommateurs de santé publique.

Voici, par exemple, ce que l'on peut lire dans un des « rapports Berland » : « Les psychiatres pourraient être déchargés, après avoir éliminé toute pathologie psychiatrique délirante ou à risque suicidaire, d'une partie de la prise en charge de la souffrance psychologique et du mal être par une collaboration étroite avec des psychologues cliniciens dont la formation serait reconsidérée et adaptée. »¹¹

Être déchargé, collaborer étroitement... avec des psychologues éduqués pour cela, par des psychiatres, tout naturellement chargés d'estimer la "juste" formation de psychologues : je cite encore : « Les Psychiatres doivent se pencher sur la partie de leur activité qui pourrait être transférée, sous leur contrôle, à des psychologues praticiens dont ils envisageraient le juste niveau de formation. »¹² - qui répondrait donc - exclusivement ? - à leurs propres besoins. Un "internat en psychologie sur concours", sur le modèle espagnol pourrait tout à fait convenir, selon le Piel-Roelandt¹³

Au cas où vous auriez quelques doutes, voici comment cela est écrit dans le "Berland 2" : "Les formations devront être construites de manière à permettre aux professionnels d'utiliser les acquis de leur formation pour construire des passerelles entre différents métiers de la santé. Les formations devront être inévitablement rattachées aux Facultés de Médecine même si elles pourront faire appel à des intervenants venant d'autres secteurs du monde universitaire ou professionnel." ¹⁴ Et plus précisément, pour les psychologues : "Il est nécessaire d'envisager la part de l'activité aujourd'hui assurée par les psychiatres qui doit être confiée en toute collaboration à des « psychologues praticiens »¹⁵ formés à la fois par les Facultés de Psychologie et les Facultés de Médecine pour construire ce nouveau métier qui répond à un besoin clairement identifié. L'exemple de la psycho-oncologie est probablement à mettre en avant."¹⁶ Si les psychologues ne figurent pas, explicitement, sur la liste des personnels appelés bientôt à recevoir une formation idoine, en faculté de médecine¹⁷, cela ne saurait tarder. On lisait en effet la même chose dans le rapport de la première "mission Cléry-Melin"¹⁸: "Nous préconisons la mise en place de lieux de partage des savoirs et des

¹¹ Y. Berland, « Démographie des professions de santé », 2002, p. 95.

¹² Y. Berland, « ...transfert de tâches et de compétences », 2003, p. 55.

¹³ E. Piel, J.-L. Roelandt, « De la Psychiatrie vers la Santé Mentale », 2001, p. 65.

¹⁴ Y. Berland, « ...transfert de tâches et de compétences », 2003, p. 47.

¹⁵ Cette dénomination appellerait aussi quelques commentaires (cf. Ordre des médecins).

¹⁶ Idem, p. 53.

¹⁷ Actuellement, seuls les "professionnels de santé" sont concernés. Actuellement, les psychologues ne sont pas des "professionnels de la santé".

¹⁸ Ainsi référencé en bas de chaque page : "Contribution de la Mission CLÉRY-MELIN sur « Violence et Santé ».

expériences : par la mise en place de formations conjointes, d'une formation initiale et continue de tous les types de professionnels concernés par la violence : médecins généralistes, psychiatres, psychologues, médecins du travail et médecins scolaires, intervenants de l'école (IUFM et autres), intervenants de l'enfance (PMI, pédiatres, sages-femmes, obstétriciens et gynécologues), urgentistes, travailleurs sociaux dans tous les contextes et services de justice et de police, familles d'accueil, milieu associatif comprenant des éléments communs à la fois sur les facteurs de risque et la santé mentale mais aussi sur le fonctionnement des autres professionnels et sur des pratiques de collaboration."¹⁹ Un même moule en faculté de médecine, pour tous.

Est ainsi inscrit, pour les psychologues, dans le dernier « plan », dans les « mesures » à prendre en ce qui concerne « Formation initiale et évolution des métiers » : « proposition par le ministère de la Santé au ministère de l'Education Nationale de la création d'un mastère de psychologie clinique et thérapeutique, sur la base d'une réflexion à mener conjointement avec les représentants nationaux des psychologues, des psychiatres et des universitaires. »²⁰.

Et il s'agit bien de briser les spécificités, et les revendications éventuelles de spécificité, de chaque profession : « il apparaît urgent (...) de fixer de nouvelles règles de délégations, de réviser les statuts et d'adapter les formations », « ces travaux devront (...) être encadrés par le ministère de la santé pour éviter qu'ils ne débouchent sur des revendications catégorielles stériles »²¹.

Le rapport Berland peut tout à la fois bien préciser que les psychologues ne sont nullement concernés par ses propositions, puisqu'ils ne sont pas « professionnels médicaux » ou « paramédicaux dont le droit d'exercice et les actes sont réglementés par une disposition législative ou par un texte pris en application de la loi », et les considérer « des acteurs professionnels de la santé en tant qu'autres intervenants, avec les ASH, les ambulanciers et les agents hospitaliers ». D'autres textes, moins officiels, mais fort nombreux, sont plus explicites : par exemple, dans son commentaire à l'annonce du plan "Vieillesse et solidarités" (2003), la Fédération hospitalière de France fait figurer les psychologues sur la liste des paramédicaux, censés pouvoir constituer des "pools de remplacement".

Que, dans ces rapports, les psychologues soient considérés uniquement comme "collaborateurs privilégiés" du psychiatre, comme "acteurs professionnels du champ de la santé" - "même s'ils ne sont pas référencés comme tels", ainsi que le précise le rapport Matillon²² met en cause leur statut même. Le Titre I et ses déclinaisons - réforme de la fonction publique - stipulait la nécessité de passerelle, d'une mobilité entre les professionnels d'un même corps.

Les psychologues peuvent crier au loup. Ils peuvent aussi s'interroger : se présenter, avant tout, voire exclusivement, comme neuro-psychologue, psycho-oncologue, psycho-thérapeute, ou spécialiste de telle ou telle pathologie - médicale, n'aurait-il en rien favorisé ce découpage, cette évolution ?

¹⁹ P. Cléry-Melin, V. Kovess, J.-C. Pascal, « Agir aux racines de la violence », 2003, p. 7.

²⁰ Psychiatrie et santé mentale 2005-2008, p. 47.

²¹ Y. Berland, « Démographie des professions de santé », 2002, p. 96.

²² Y. Matillon, « ...évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé », 2003, p. 23.

On est bien loin aussi de cette promotion que nombre de psychologues ont cru lire dans l'octroi aux psychologues du titre de psychothérapeute. Contrairement à ce que d'aucuns espéraient, imaginaient, il ne s'agit en effet ²³ ni d'un titre ni d'un exercice qui serait réservés aux seuls psychologues - dont on reconnaîtrait enfin la compétence de thérapeute (voir note 12) ; si l'on en croit la Loi de santé publique, et les divers rapports, non seulement les médecins, comme le prévoit la loi de santé publique, mais bien d'autres corps sont appelés à pratiquer des psychothérapies, à "être" psychothérapeutes. Il suffira d'une simple formation, accessible - et même recommandée - à tous ; pour les infirmiers, infirmières, les aides-soignant(e)s, par exemple : "Dans le cas de l'acquisition d'une compétence en psychothérapie, la pratique publique et/ou "libérale" serait bien entendue possible donnant lieu à un conventionnement spécifique, dans des conditions comparables à celles des psychologues." ²⁴.

Le "rapport Piel-Roelandt", en 2001, était déjà dans une logique chiffrée - tout y figurait déjà, ou presque : "Un nombre important de psychologues cliniciens (pour certains actuellement au chômage) pourrait se diriger vers un travail "libéral" ainsi que certains infirmiers, travailleurs sociaux et d'autres personnes ayant obtenu la qualification de psychothérapeutes (on se souviendra que près des 2/3 des patients pris en charge par les psychiatres libéraux ne reçoivent aucun médicament et sont suivis en psychothérapie ou prétendue telle. Dans cette pratique "libérale", du fait de la diversification des intervenants qualifiés évoquée ci-dessus, on pourrait voir une diminution des effectifs des psychiatres (le marché étant partagé entre un plus grand nombre d'acteurs dont les tarifs seraient directement concurrentiels) et la réorientation vers des pratiques publiques si les possibilités statutaires étaient aménagées associées à des conditions de travail attractives.

Les statuts de psychothérapeute reconnus, une embauche spécifique de ces professionnels dans les services publics pourrait être organisée ou bien des collaborations conventionnellement établies par territoire pertinent ou bassin de santé." ²⁵

Les psychologues, circularité oblige, sans doute, pourraient d'ailleurs devenir simples "dispensateurs de conseils" : le "second Cléry-Melin" définit "un soutien de type 'conseil psychologique' limité dans le temps qui pourrait être proposé sous forme d'actes codifiés par des généralistes, des psychologues, des assistantes sociales et des infirmiers pouvant justifier d'une formation spécifique". ²⁶ Cette activité est précisée dans une note du "Plan d'actions psychiatrie et santé mentale" : "Dans les pays anglo-saxons : 'counseling'".

DSM et counseling...

Les psychologues sont compétents... au même titre que les généralistes, les infirmiers, infirmières, les aides-soignant(e)s pouvant justifier d'une formation spécifique.

Le terme "psychologique" n'est plus, loin de là, spécifique d'une profession ; les infirmiers doivent pratiquer une relation "d'aide psychologique", "aide et soutien

²³ Sous réserve des décrets à paraître.

²⁴ E. Piel, J.-L. Roelandt, « De la Psychiatrie vers la Santé Mentale », 2001, p. 51.

²⁵ Idem, p. 56.

²⁶ P. Cléry-Melin, V. Kovess, J.-C. Pascal, « ...pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale », 2003, pp. 16-17.

psychologique", et les médecins généralistes une "relation d'aide thérapeutique" - je vous laisse apprécier la nuance. Quant aux psychomotriciens, par exemple, le rapport de la DGS les présente ainsi : compétents dans la "prise en charge de la souffrance psychique" et "des "angoisses corporelles liées à la maladie", dans les "soins spécialisés des troubles mentaux ", dans "le cadre du suivi des patients", les psychomotriciens "travaillent à l'émergence des contenus psychiques qu'il appartiendra au psychiatre ou au psychologue d'interpréter et qui permettront un travail psychothérapeutique."²⁷. À l'un de faire "émerger des contenus psychiques", à un autre de les interpréter, à un troisième peut-être de "faire" une psychothérapie - de toute façon il ne s'agit que de "faire". Morcellement préconisé, avalisé... mais les patients s'y retrouveront sans aucun doute : un prochain rapport se préoccupera très certainement de leur point de vue, et des bénéfices ou inconvénients qu'ils pourraient trouver à ces logiques, à ces confusions.

Il y aurait bien d'autres points intéressants, cruciaux, à aborder. Le temps est restreint. Je vous renvoie donc à une lecture minutieuse, et croisée, de ces textes.

Il ne s'agit pas, ou plus, de se battre contre des moulins à vent, ou de s'interroger sur la complexité, ici ou là, des relations psychiatres-psychologues au sein de telle ou telle institution - même si le Conseil de l'Ordre des médecins estime que les conflits entre ces professionnels restent d'actualité, et qu'il serait temps d'y mettre bon ordre, et de maintenir désormais les psychologues "sous la tutelle de la médecine" ²⁸. D'autant que l'hospitalocentrisme, l'exercice hospitalier, y compris des psychologues, est mis à mal par tous ces rapports, toutes ces recommandations - politique de secteur, ouverture sur la ville et mise en réseaux oblige.

En ce qui concerne les psychologues : il est considéré comme plus pertinent d'adresser à un "psychologue libéral". Or, si cette option venait à s'affirmer, les actes de ces psychologues devraient être remboursés : par ce biais au moins, la définition, par d'autres, des activités des psychologues, leur encadrement - prescription médicale oblige - serait bien sûr facilité, et, enfin, on saurait ce que les psychologues "font", enfin ils feraient ce qu'on leur demande, on pourrait choisir le psychologue avec qui l'on travaille, et avoir - ce serait même obligation légale - avoir un droit de regard sur leur travail.

"La pratique publique et/ou 'libérale' serait bien entendue (sic) possible mais donnant lieu à un conventionnement spécifique. Il est indispensable que, pour actes thérapeutiques, les personnes soient adressées aux psychologues par un psychiatre, afin d'écartier au préalable les affections somatiques à expression psycho-comportementale et afin de faire bénéficier les patients d'un remboursement par la sécurité sociale, ce qui étendrait l'accès à ce type de thérapeutique." ²⁹. Et, dans un autre texte : " Cette évaluation devra comporter non seulement une évaluation de l'indication, en fonction des recommandations de bonne pratique, mais une évaluation du retentissement psychologique et

²⁷ DGS. « Evolution des métiers en santé mentale », 2002, p. 64.

²⁸ Rapport adopté à la session du Conseil National de l'Ordre des médecins le 2 juillet 2004, p. 4. La lecture du chapitre "Activités des psychologues" est fort instructive.

²⁹ E. Piel, J.-L. Roelandt, « De la Psychiatrie vers la Santé Mentale », 2001, p. 66.

fonctionnel du problème de santé mentale, afin de mettre en lumière les éléments justifiant un remboursement par l'assurance-maladie." ³⁰

Tout cela pose quelques questions de fond, et pas pour les seuls psychologues, bien sûr : mais aussi et surtout pour l'offre faite aux patients et aux équipes, aux autres professionnels.

La lutte des psychologues pour acquérir une culture, des compétences spécifiques, qui ouvrent un autre champ aussi bien à l'équipe soignante qu'aux patients, et rester formés en faculté de sciences humaines a-t-elle fait long feu ?

En guise de conclusion, je vous inciterai à prendre en considération la concomitance de ces rapports, leur cohérence, depuis le premier plan santé mentale remis à Monsieur Kouchner en 2001, et à les lire : le "Projet de plan 2005-2008" "Psychiatre et santé mentale" est actuellement "soumis à concertation".

³⁰ P. Cléry-Melin, V. Kovess, J.-C. Pascal, « ...pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale », 2003, p. 18.

ÉLUCIDER ? MASQUER : COMMENT DIRE ? COMMENT TAIRE ?

Jean SZPIRKO

Psychanalyste – SPF

Chargé d'enseignement – Paris XII

I. Présentation

Le titre de cet exposé comporte quelques ambiguïtés qui sont à élucider ! Nous sommes réunis sous l'égide de la commission « PSY-SFLS », pour un « séminaire de formation » intitulé : « Des politiques de santé publique à la clinique ψ : prévention et éducation pour la santé ». Ce thème a quelques ambitions qui ne nous sont pas indifférentes, puisqu'il a contribué à nous rassembler, et que ces ambitions elles-mêmes sont tramées de bonnes intentions : nul ne souhaite, en effet, rater, échouer, défaillir dans ses projets, ni à ses propres yeux ni au regard des différentes instances réelles ou supposées qui « évaluent » les interventions auprès des personnes malades ou des équipes soignantes. Or, la difficulté majeure à laquelle chacun est confronté est de pouvoir nommer, énoncer, les critères à partir desquels ses actes professionnels peuvent être évalués d'une manière pertinente ; à partir de termes, de concepts qui appartiennent à un champ spécifique, et non à d'autres disciplines qui n'ont pas le même objet. Par exemple, l'évaluation d'une intervention d'un « psy » au sein d'une équipe soignante qui exerce dans un centre de dialyse ne s'effectue ni en termes de pourcentage de survie de malades, ni en pourcentage de conversions religieuses, ni même - pourquoi ne pas donner tout son essor à la notion d'évaluation ? - en termes de diminution statistique du nombre de divorces au sein d'un groupe, comparée à une moyenne de divorces dans d'autres communautés ou d'autres groupes - comme le propose un pasteur américain qui voudrait évaluer, comparer les performances de ses collègues d'autres paroisses, d'autres religions³¹

Nous retrouvons ce même état d'esprit dans un rapport de diplômés ayant statut de « chercheurs » au sein de l'INSERM. Je croyais qu'il était un fait acquis dans la communauté scientifique que les critères d'évaluation au sein de chaque discipline ne pouvaient s'effectuer qu'au moyen des concepts qui lui sont propres, et bien je me trompais ! Il existe des « chercheurs » qui se décrètent aptes à évaluer les effets d'une discipline dont ils ignorent et l'objet et les concepts de base - tout en n'ignorant pas que certains des concepts de la discipline qu'ils évaluent pour la critiquer les dérangent au plus haut point - en particulier lorsqu'ils mettent en cause les partis pris de leur propre spécialité : par exemple le concept d'inconscient qu'elle ne peut accepter.

Concernant ce qui nous réunit aujourd'hui, il importerait alors de pouvoir déterminer comment le fait de parler, de débattre avec d'autres, soignants ou non,

³¹ Article relevé dans le « Courrier International » n°X du yyyy, p z).

de difficultés éprouvées dans un exercice professionnel, peut s'évaluer, se quantifier, en particulier quand ces « témoignages » s'effectuent devant un « psy », dont il n'est surtout espéré aucune parole de commisération ou d'encouragement stéréotypés, dont on n'attend rien d'autre que d'être entendu.

Dans cette optique, si les interventions des « psy » sont orientées vers un but - ici permettre aux personnes malades atteintes du VIH d'avoir une vie la moins perturbée possible tout en reconnaissant la nécessité de respecter certaines règles de prévention, à la fois pour elles -mêmes et pour leurs partenaires - une des questions que nous avons à élucider est de savoir si les pratiques de ces « psy » obtiennent réellement les effets recherchés ? A défaut, il conviendrait de réfléchir pour savoir quels sont les effets induits par leurs pratiques ? On sait, en effet, que menacer des diabétiques, des hypertendus - en les considérant à travers l'étiquette de leur maladie et non comme des personnes - des risques encourus par une non-observance de leur traitement et règles d'hygiène de vie provoque souvent des réactions contraires à celles qui étaient escomptées par les « éducateurs ». Ces éducateurs – qui ne sont pas toujours des militants de la santé – oeuvrent pour des idéaux au nom desquels c'est toujours commis le pire

Le titre choisi pour ce séminaire a fait l'objet d'une réflexion au sein de la commission « psy » SFLS ; vraisemblablement, il reflète une question d'actualité jugée suffisamment attractive pour capter votre attention. Quelle attraction ? Seriez-vous venus pour entendre des apologies concernant les façons dont les politiques de santé, la clinique « psy », la prévention et l'éducation pour la santé ont été harmonisées et fonctionnent parfaitement grâce à des personnes dévouées qui appliquent des méthodologies qu'elles vont proposer en exemple ?

Je ne le crois pas !

Je ne le crois pas, parce que ce à quoi nous sommes confrontés en permanence, c'est à des ratages, à des difficultés, à des incertitudes, parfois aussi à quelques succès, dont il est difficile de savoir s'ils reviennent à des « méthodes » transmissibles qui ont été appliquées, ou à nos mérites propres, ou à des concours de circonstances qui ont introduit des variables inconnues ou imprévues. Quoi qu'il en soit, quoi que nous puissions « éprouver » personnellement devant un supposé « succès », nul ne peut savoir exactement ce « qu'éprouve » l'autre - quel que soit cet autre : malade, soignant, partenaire - devant ce qui est qualifié d'échec ou de réussite³².

Pourtant, certains de ces échecs sont souvent difficiles à évoquer, comme si leur aveu par un praticien - quelle que soit sa spécialité - convoquait une forme de culpabilité lointaine : celle de ne pas le situer à la hauteur de ce à quoi il aspire ; en regard d'un regard qu'il pressent parfois en lui-même dont les exigences se situent bien au-delà de ce qui lui est possible d'accomplir. C'est souvent cela que chacun cherche à masquer, à se masquer, à lui-même et aussi à d'autres : parents, maîtres, auteurs - vivants ou morts - qui servent de référence, dont le jugement importe et devant lesquels chacun témoigne de ses actions, toujours en quête d'une sorte d'écho espéré qui exprime une permanente demande de reconnaissance.

³² Sauf, bien entendu, lorsque l'expérimentation n'a pour but que de valider les croyances des expérimentateurs qui croient opérer en toute objectivité alors qu'ils « évaluent », « interprètent » ou « font parler » des données étrangères à leur champ, comme s'ils disposaient ainsi d'une sorte de « méta-compétence » transdisciplinaire qui gratifierait leur demande de reconnaissance...

Cette demande de reconnaissance se manifeste selon différentes modalités, selon la structure de chacun, structure qui n'est pas, aujourd'hui, l'objet de ce travail. Ce sur quoi nous mettrons l'accent portera davantage sur les différentes façons de ne pas repérer ou de ne pas vouloir repérer cette demande, qui se profile non seulement dans toute relation, professionnelle ou amoureuses, mais aussi dans le rapport que chacun entretient avec le savoir.

Chaque témoignage concernant une préoccupation personnelle du soigné ou du soignant masque aussi une *demande de reconnaissance* singulière. Cette demande de reconnaissance est aussi un « masque » qu'emprunte le désir. Dans une cure analytique, le désir ne s'éclaire que progressivement dans une démarche qui révèle à chacun les modalités qui le conduisent à se rendre sourd et aveugle envers ce qui le « dérange » et qui viendrait questionner ses convictions acquises en toute « bonne conscience ». Or, cette « bonne conscience » s'appuie sur des représentations, des constructions du monde, que chacun s'est forgées à son insu - et à partir desquelles nous « observons », jugeons, évaluons les choses et les événements par lesquels nous sommes toujours concernés. L'éclaircissement de ce mécanisme, de ces constructions permet de nommer, de repérer la singularité de nos idées, de nos croyances que nous croyions partager avec d'autres qui sont eux-mêmes pris dans les mêmes illusions dont se trament nos idéaux.

Ces idéaux tiennent une place paradoxale : s'ils permettent de se repérer face à des difficultés de l'existence, ils réactualisent certaines « dettes » subjectives, acquises envers ceux qui, parfois malgré eux, ont transmis ces idéaux. Ces « dettes » rendent parfois difficile l'exercice d'une réflexion, qui toujours risque de fragiliser ces idéaux en les questionnant : les effets des interventions esquissées auprès des malades sont fragiles, rien n'est gagné définitivement et les équipes soignantes sont perpétuellement assaillies de questions concernant le bien fondé, la pertinence de certains de leurs actes, de leurs attitudes... Or, le doute - qui est parfois une ratiocination obsessionnelle - même s'il est douloureux, est pourtant nécessaire pour essayer de penser : sans la reconnaissance de « ce qui ne va pas comme il faut » - ou plutôt : comme il aurait fallu -, sans la perception d'un écart, d'une différence entre ce qui était espéré et ce qui a été réalisé, il n'y a pas de pensée.

Ce repérage ne concerne pas exclusivement le fonctionnement de la « réalité psychique », mais concerne aussi tous les domaines du savoir : médecine, physique, chimie, biologie, géologie... qui ne se sont constitués comme discipline qu'en renonçant à dire en quoi pourrait consister « l'être » d'un objet - une pierre, un médiateur chimique, par exemple - et en spécifiant ce qui distingue un objet d'un autre qui lui est proche. Le savoir ne se constitue qu'en nommant, en éprouvant, en comparant des aspects et des réactions, c'est-à-dire en établissant des différences entre une pierre et d'autres pierres, un médiateur et d'autres médiateurs (lieu d'origine, lieu cible, structure)... Ce que désigne le terme de « confusion » est spécifiquement ce qui constitue l'obstacle au savoir : comme si tout pouvait être dans tout et réciproquement, dans l'indifférenciation des choses et des sentiments, comme si l'existence d'une réalité psychique excluait les singularités, comme si le langage que nous partageons excluait le rapport singulier que chacun entretient avec lui, comme si tous les sentiments amoureux comportaient les mêmes enjeux d'un sujet à l'autre.

Voilà, dans ce que j'ai entendu au long de cette journée, ce qu'il me semble important d'éclaircir puisque cela porte à conséquence dans l'attitude des

soignants : dans leurs façons d'accueillir la plainte des malades. Pour cela, il est nécessaire de prendre un risque, celui de déranger en questionnant la passion de l'ignorance qui nous anime tous, à notre insu.

2. Les « psy ».

L'an passé, j'avais déjà interrogé le terme de « psy » qui recèle beaucoup d'ambiguïtés, comme si ce terme - préfixe commun au nom de diverses disciplines - constituait une sorte de facteur commun entre elles. La non différenciation de la psychanalyse d'autres domaines « psy », tout au long de cette journée rend nécessaire d'effectuer tout d'abord, brièvement une démarcation, de préciser à nouveau une différence fondamentale entre le champ « psy » et la psychanalyse. Cette démarcation peut être effectuée d'une manière radicale en considérant le statut du savoir et la place qui lui est dévolu.

Dans toutes les disciplines autres que la psychanalyse – qu'elles aspirent ou non à se qualifier comme science - un « expert » : expérimentateur, soignant, éducateur, politicien, prêtre, moraliste ou moralisateur... se trouve toujours en position de dire comment s'applique le savoir propre à sa discipline. Le savoir en psychanalyste, lui, est tout à fait particulier, car il s'agit d'un savoir à partir duquel un psychanalyste a appris - comme effet de sa propre analyse et des « contrôles » qu'il a suivis, et au sein des groupes de travail - qu'il ne peut rien, absolument rien « comprendre » de la demande ou de la plainte qu'il entend ! Faut-il insister ? S'il est possible de « comprendre » certaines lois physiques, certains mécanismes biologiques, chimiques, météorologiques, psychologiques..., nul ne peut « comprendre » un autre, se mettre à la place d'un autre – si ce n'est en refusant de renoncer en cette illusion qui abolit les différences.

Cette assertion peut surprendre ceux qui, dans le champ « psy » érotisent le verbe « comprendre ». L'écoute du psychanalyste ne vise pas à comprendre. Ce qu'un psychanalyste écoute n'est pas la souffrance mais la façon dont elle se formule : les termes et les modalités qu'elle emprunte pour essayer de se faire entendre... Avoir appris à ne pas comprendre trop vite ce que recouvrent les termes utilisés pour essayer de dire sa souffrance confère à ces termes une valeur bien particulière. Ces termes que chacun peut utiliser sont associés à d'autres d'une manière singulière. Ils sont ainsi « élevés à la dignité de l'énigme » que seul celui qui les exprime pourra éventuellement élucider ; dans cette élucidation se constituera un savoir. Ce savoir est lui-même bien particulier : c'est un savoir en jachère, un savoir dont dispose la personne qui souffre sans pourtant le savoir au moment où elle formule ses plaintes. Dans ce moment ce savoir est un pari et reste à construire. La pratique d'un psychanalyste consiste donc à permettre - à ne pas empêcher - l'émergence de ce savoir, en le masquant, par exemple, avec de la théorie, c'est à dire avec du savoir référentiel emprunté à Freud, Winnicott, Mélanie Klein, Bion, Lacan... Quand le psychanalyste tient la place dévolue à sa fonction, ses interventions ou « interprétations » ne consistent pas à « expliquer », à décoder des significations en se référant à des auteurs, même prestigieux. Ce qu'il vise est de permettre à celui qui s'adresse à lui d'entendre lui-même ce qu'il dit, au point d'avoir envie d'explorer les énigmes qui gisent dans sa propre parole, Ces énigmes trament la singularité du désir inconscient dont nul n'a la maîtrise et c'est en les explorant que s'estompent certaines souffrances liées au manque à être.

Cette position du psychanalyste est donc radicalement différente de celle qu'empruntent les spécialistes d'autres disciplines qui fonctionnent comme des experts : scientifiques, juristes, théologiens ou psychothérapeutes, dont le savoir constitue une sorte de grille de lecture et d'interprétation.

La psychanalyse se distingue de toutes les autres disciplines, de par, au moins, ce « rapport au savoir ». Plus spécifiquement, elle se distingue des psychothérapies, qui envisagent toutes de pouvoir comprendre ou influencer l'autre. Cette « compréhension » - certains utilisent le terme d'empathie - s'effectue, au mieux, au nom d'un savoir plus ou moins structuré qui attribue - directement ou indirectement - au psychothérapeute la fonction d'expert. Dans ce repérage, un psychanalyste qui se comporterait ponctuellement comme un experts, serait alors une position de « psychothérapeute ».

Le rapport au savoir du psychanalyste ne saurait faire l'objet d'une « formation » spécifique qui indique, ou inculque avec de la théorie, des façons modélisées de procéder et des injonctions : « il faut », ou « il ne faut pas ». Ce rapport ne s'acquiert qu'après avoir éprouvé longuement, au cours d'une cure, à quel point toute tentative de compréhension ou d'influence fait obstacle et masque toute possibilité d'émergence du désir inconscient. Ce savoir surgit par des effets « d'après-coup » qui ponctuent la cure d'une personne en souffrance, lorsqu'elle exprime ce qui lui semblait difficilement avouable, lorsqu'elle énonce, et s'entend énoncer, ses propres contradictions sans se sentir dans la nécessité de se justifier - voir de se repentir ! La pratique de l'analyste consiste à permettre l'émergence de l'après-coup d'un certain parcours, sans que nul ne puisse jamais présumer, de quels obstacles il sera jalonné. Cela n'implique pas que cette personne en souffrance fasse une analyse jusqu'à son terme.

En institution, à l'hôpital en particulier, est-il possible de « faire une analyse » ? Je ne crois pas, mais une personne en souffrance peut y trouver auprès d'un analyste la possibilité d'être accompagnée pendant un certain temps : un analyste peut aussi tenir en ces lieux, la position nécessaire pour entendre ce qui lui est dit, sans vouloir modeler, influencer et s'auto gratifier de « résultats » que d'autres spécialistes ont envie de faire connaître - au nom de leurs propres idéaux qui se profilent toujours derrière les bonnes intentions.

Dans des institutions, nombre d'écouterants ont leur place, et s'il n'est pas toujours nécessaire qu'ils soient psychanalystes, il importe qu'ils puissent être à même de tenir une place qui préserve la dimension subjective de ceux qui s'adressent à lui. Il est donc nécessaire de fournir aux « écouterants » la possibilité d'être eux-mêmes écoutés (et non observés) : qu'ils puissent à la fois échanger avec d'autres « écouterants », verbaliser et essayer de faire entendre à leur tour les difficultés auxquelles ils sont confrontés dans leur pratique. Dans ces groupes, la présence d'une personne qui n'occulte pas les questions et les difficultés exprimées avec de la théorie, des recettes ou des « évidences partagées », ou des recommandations offre une possibilité de reconnaître la souffrance et de ponctuer l'évolution des pratiques. La présence d'un psychanalyste offre cette opportunité.

3. Le lien social et les différences

Il existe plusieurs types de liens sociaux entre les participants d'un groupe. Dans ces groupes, à travers quelques critères communs à tous, chacun se constitue une sorte d'identité. Dans ces groupes, il est souvent mal vu de parler ou de souligner

certaines différences entre les membres : cela risquerait de fragiliser les relations que chacun espère tisser avec les autres.

Diverses cérémonies contribuent à esquisser et à entretenir les liens entre les membres d'un groupe et chacun des membres y porte le masque imposé par les circonstances. Dans ces contextes, vouloir marquer des différences peut être ressenti comme agressif, menaçant, qui tranche dans certaines formes de convivialité à partir desquelles s'établissent des sortes de complicités de bon aloi : lors de ces rituels - comme celui qui nous réunit aujourd'hui, par exemple - celui qui souligne l'irréductible singularité des enjeux de chacun, en déclarant par exemple que le roi est nu - est rarement bien accueilli. Dans Totem et Tabou, Freud avait déjà souligné que si les rituels permettent de conférer une sorte « d'unité » à des groupes, la parole, elle, « divise » : elle brise les sous-entendus que chacun croit partager avec d'autres et qui ne tiennent qu'à condition de ne pas être questionnés.

Nous savons pourtant, que certaines prises de paroles ne visent pas à faire entendre des énoncés mais juste à susciter des effets : de l'enthousiasme par exemple ! Certains termes sont promus, mis en avant, non pour leur valeur conceptuelle mais pour leur valeur de signe, de signe de ralliement, d'appartenance ! Les mots de passe, par exemple, ont une fonction particulière entre ceux qui les psalmodient : ils se reconnaissent les uns les autres en utilisant les mêmes mots, lors de communions religieuses ou profanes, qui visent à estomper la solitude de chacun, à masquer les incertitudes, les tâtonnements devant la maladie, la souffrance, la perte, et les difficultés d'en rendre compte d'une façon pertinente et audible par d'autres. La parole utilisée comme signe de ralliement cesse de diviser en s'intégrant dans un rituel ! Depuis la Grèce ancienne, certains hommes politiques excellent dans cette pratique dont ils n'ont pas l'exclusivité. Nul ne saurait, en effet, garantir que cette dérive ne soit pas en acte dans n'importe quelle institution, même celles qui se réfèrent à la psychanalyse : il est aisé de le constater quand le vocabulaire de la psychanalyse est utilisé, psalmodié par ceux-là mêmes qui se désignent comme « héritiers » des enseignements de Freud et de Lacan, non pour sa valeur conceptuelle mais comme signe de reconnaissance. Cela a sans doute beaucoup contribué à dévaloriser l'image de la psychanalyse, alors même que le vocabulaire freudien et lacanien est à même de permettre l'analyse la plus fine qui soit de l'actuel « Malaise dans la culture », en particulier des phénomènes sectaires et scientistes qui aspirent à faire du UN.

Ce préliminaire va me permettre de questionner certains présupposés liés à l'image que confère l'idéologie à certains termes, comme s'ils avaient une valeur « évidente » qui allait de soi... Prenons comme exemple celui de l'efficacité.

4. Vouloir être efficace

Chacun en conviendra, vouloir être efficace vaut mieux que de ne pas vouloir se soucier d'efficacité – si tant est que l'on sache ce que recouvre cette notion. Or, il se révèle souvent que revendiquer une « efficacité » consiste plus à faire entendre le mot - comme s'il s'agissait d'un « mot de passe », tel que je l'ai évoqué - qu'à mettre en acte ce qui permettrait d'évaluer sa pertinence, à travers ses effets, par exemple. En quels termes, en effet, s'évalue l'efficacité ? En terme de rapport qualité / prix, comme l'avait instaurée une revue de consommateurs. En terme de

rapport coût / résultats, alors que ces derniers sont difficiles à appréhender lorsqu'ils ne sont pas quantifiables ? Dans ce dernier cas, il n'est pas nécessaire d'être grand clerc pour comprendre ou déduire que ne rien faire – ce qui ne nécessite ni personnel, ni budget – est, de fait, beaucoup plus économique que de vouloir établir des pratiques relationnelles qui, elles, coûtent cher (elles nécessitent du personnel, des locaux, c'est-à-dire des investissements), pour des effets, qualitatifs, difficiles à évaluer. En ce sens, des « praticiens » que des personnes en souffrance n'ont pas envie de voir ou de revoir coûtent moins cher et, de ce point de vue, peuvent être considérés comme d'une remarquable efficacité comparée à celle de praticiens autrement spécialisés qui, eux, suscitent une demande qu'ils ne désespèrent pas !

Ce point d'ironie n'exclut pas d'essayer de considérer ce que peut recouvrir le terme d'efficacité en langage gestionnaire quand il n'est pas utilisé comme une formule rituelle. L'efficacité ne peut être évaluée qu'à partir de la formulation d'un objectif : seule la détermination préalable d'un objectif permettra d'évaluer un résultat : l'objectif a-t-il été atteint ? Dans le cas contraire, les écarts seront à préciser et permettront d'envisager d'éventuelles corrections pour le futur ?

La première difficulté à franchir consiste donc à rédiger un objectif cohérent, sous forme d'une phrase (et non d'un item) introduite par un verbe d'action à l'infinitif. Il existe cependant différentes sortes d'objectifs. Je vous propose de réfléchir à partir de deux formes d'objectifs que j'ai défini : les objectifs opérationnels et les objectifs « relationnels ».

Les objectifs opérationnels sont introduits, par exemple, par les verbes : gérer, comptabiliser, répartir, vendre, convertir, conquérir, développer, soigner, éduquer, punir ...

Les objectifs relationnels, eux, doivent tenir compte de la singularité de l'autre, c'est-à-dire de ses dispositions psychologiques. Il s'agit donc, non pas de « vendre » en récitant un argumentaire par exemple, mais de susciter l'intérêt d'un interlocuteur envers un produit, de façon à ce qu'il ait envie de l'acquérir et puisse chercher avec le vendeur les meilleurs moyens de l'obtenir. Il ne s'agit pas d'imposer des changements dans les pratiques et les habitudes de l'interlocuteur quel qu'il soit, mais de les entendre pour envisager de « réduire les résistances au changement » en prenant le temps de les laisser chaque interlocuteur ou groupe d'interlocuteurs, s'exprimer au cas par cas. Cela nécessite plus ou moins de temps car il est difficile, par exemple, pour un acheteur, de signer un bon de commande avant d'en avoir « compris » ce qui lui était proposé et en avoir envie. Ce temps est difficilement quantifiable par avance, et vouloir en faire l'économie revient souvent à en perdre d'avantage.

Dans le domaine du VIH, quels sont les objectifs des « psy » ? Sont-ils plus opérationnels ou plus qualitatifs ? S'il s'agit de « vendre » une idée, une recommandation, une prescription, s'agit-il de convaincre, de contraindre, d'imposer des changements ou bien, au contraire, de susciter des prises de conscience, d'impliquer chaque interlocuteur dans un échange, de faciliter l'expression d'une douleur, d'une plainte, d'un intense sentiment d'injustice... Un problème se pose : combien de temps est imparti pour cela ?

Un deuxième problème se pose, qu'ignorent ceux qui n'ont pas tiré de leçons de la clinique quotidienne : les patients déclarent une chose et en font une autre : ils

déclarent vouloir respecter certaines règles d'hygiène de vie mais ne changent en rien leurs habitudes.

Par ailleurs, du côté des soignants, il n'est pas non plus évident qu'un objectif clairement formulé à eux-mêmes se traduise en actes et lorsque deux objectifs sont formulés simultanément l'un « cannibalise » souvent l'autre. Je vous laisse à penser, par exemple, lequel de ces deux objectifs cannibalise l'autre : sensibiliser (qui nécessite d'écouter) ou informer (qui nécessite de parler) ?

Pour rester dans cette logique qui ne concerne pas uniquement la relation soignant - soigné, je vous propose de considérer deux objectifs que peut se formuler tout ingénieur commercial avant de rendre visite à un client :

1. « Qualifier » les attentes d'un client afin de choisir la gamme de produit la mieux adaptée à ses attentes. Comment ? En écoutant !
2. « Présenter » le ou les produits susceptibles de répondre à ses attentes. Comment ? En parlant !

Pour la plupart des consultants en formation qui interviennent dans ce domaine, il se révèle que le premier objectif qui nécessite de prendre le temps d'écouter le client, disparaît, littéralement « cannibalisé » par le second avec souvent cette justification ou rationalisation : « il ne faut pas perdre de temps ». Or ce temps se perd à nouveau dans la multiplication des rendez-vous nécessaires pour réaliser la vente et signer un contrat - quand les contacts ne sont pas rompus par un « client » qui n'a pas pu formuler ce qu'il attendait. Il se révèle alors, que la mise en avant de l'efficacité immédiate a valeur de rationalisation qui permet de justifier l'échec à ses propres yeux. Il ne s'agit pas de jeter l'anathème sur quiconque, tant est partagée l'incapacité à écouter et de ce fait à affronter certaines difficultés relationnelles - professionnelles ou non. Sans doute manque-t-il de modèle ou de formation pour cet exercice difficile auquel, souvent, les formateurs, eux-mêmes, ne sont pas formés.

Dans la relation d'un « psy », avec des patients atteints du VIH, il me semble problématique de déclarer « qu'écouter ne suffit pas » ce qui peut autoriser à ne pas écouter ! Serait-ce pour gagner du temps en imaginant gagner du temps pour mieux informer... des interlocuteurs qui n'écoutent pas plus qu'on ne les écoute ?

Il me semble important d'insister. Que demande-t-on aux « psy » qui interviennent dans le domaine du VIH ? Que peut-il leur être demandé par des gestionnaires ou des soignants qui ne sont pas, eux-mêmes formés et méconnaissent les fonctions non instrumentales de l'écoute ? Leur est-il demandé de ne pas perdre leur temps à écouter mais de se rendre « utiles », par exemple, en consacrant leur temps à expliquer, à sermonner ceux qui sont plus ou moins disposés à n'en faire qu'à leur tête ? Chacun peut ou a pu constater que nombre de ces « malades » dits chroniques résistent ou ne tiennent pas compte des recommandations qui leur sont adressées ; il importe cependant de ne pas vouloir rompre trop vite les ponts avec eux. Nous retrouvons dans la problématique que nous avons abordée en parlant des objectifs qui se cannibalisaient : tant que le premier objectif n'est pas atteint, le second ne peut être mis en œuvre. Tant que les personnes malades ne se sentent pas elles-mêmes prises en considération par ceux-là mêmes qui ambitionnent de les « éduquer » - l'éducation étant ressentie comme une agression - il est vraisemblable qu'entre soignants et soignés une véritable guerre de tranchés se constitue à bas bruit, chacun bougeant à peine de ses positions. Un mouvement subjectif ne sera rendu possible que si l'une des parties accepte d'écouter l'autre en prenant son temps. Il s'agit là de l'objectif

privilegié et prioritaire des « psy ». Insistons à nouveau : c'est par cette pratique que leur personne attentive peut constituer un lieu d'accueil crédible auprès des personnes malades. L'écoute est sans doute le seul moyen par lequel les « psy » peuvent envisager de sensibiliser ces personnes à être elles-mêmes attentives à ce qu'elles disent, à leur permettre d'entendre leurs propres propos, éventuellement, leurs propres contradictions concernant la « prévention » et, dans ce mouvement de repérer en quoi consistent certaines de leurs habitudes qu'ils méconnaissent. C'est à ces conditions – qui suscitent des prises de conscience - que des personnes malades pourront envisager de modifier certaines de leurs pratiques qui flirtent avec le risque.

Certes, si des questions concernant les objectifs et les évaluations se posent c'est qu'un problème existe, mais je ne crois pas qu'il se situe au niveau des gestionnaires : il se situe plutôt au niveau de ceux qui conseillent les gestionnaires et croient parler leur langage en souhaitant être reconnus par eux. Peut-être, d'ailleurs, certains gestionnaires seraient-ils intéressés de savoir comment il est possible d'écouter, pourquoi cette pratique est à privilégier par rapport aux discours modélisés qui visent à « éduquer » ou informer, même s'il peut s'avérer nécessaire, aussi, de passer par là. Cela leur permettrait de formuler des objectifs peut-être plus modestes mais plus pertinents qui tiennent compte des dimensions non instrumentales du langage - dimensions qui sont également présentes et opérantes dans tout acte de management. Peut-être, cette étape constituerait-elle un préliminaire à la mise en place de certaines modalités de « formation de formateurs » qui, une fois formés, pourraient démultiplier des interventions de « formation à l'écoute » auprès d'autres ?

5. Les relations de soin et de pouvoir.

Différentes remarques ont été faites ce matin, qui rendent compte de difficultés qu'affrontent les « psy » qui travaillent dans les services qui accueillent des patients atteints par le VIH.

Thierry Troussier a renouvelé un constat : les malades sont peu soucieux de prévention. Or, c'est, paradoxalement, auprès d'eux que les « psy » se déclarent prêts à faire de la prévention. Cela pose question : comment envisagent-ils de répondre à une demande qu'ils ne reçoivent pas ? Que demandent donc les « psy » ? Comment peuvent-ils envisager de travailler avec des gens qui ne leur demandent rien, qui, en particulier, ne sont pas préoccupés par la prévention ? Il y a là un mystère !

Le problème auquel nous sommes confrontés est clair : faut-il envisager de « faire de la prévention » contre l'assentiment même des personnes malades ? Si oui, la contrainte semble être le seul recours. Il resterait alors à déterminer par quelles modalités cette contrainte pourrait s'exercer. Par contre, si l'on envisage de renoncer à la contrainte, la question qui se pose est celle-ci : comment susciter une demande de la part de personnes qui, a priori, sont sans demande ?

Je vais tenter d'explorer les deux versants de cette démarche en considérant la question du conflit de pouvoir dans un premier temps et, dans un deuxième temps, comment une relation de pouvoir peut s'exercer de façon relativement acceptable. Nous verrons que cela n'est possible qu'à partir du moment où l'on a renoncé à

croire qu'il existerait une sorte d'Idée de la « prévention » qui serait inscrite dans sa définition même.

- Toute relation de soin est une relation de pouvoir. La difficulté, contrairement à ce qui est souvent avancé, ne tient pas à la nature d'une telle relation aux modalités par lesquelles le pouvoir est exercé. De fait, lorsqu'un conflit survient entre soignant et soigné, c'est que l'une des parties ne se sent pas reconnue. Le soignant lui-même - quel que soit son statut - est en demande de reconnaissance, même s'il n'aime pas qu'on le lui rappelle : c'est ce qui explique pourquoi il se sent lui-même agressé, voir dénigré lorsque le « soigné » lui répond, silencieusement ou explicitement, en n'en faisant qu'à sa tête. C'est comme si le soigné lui disait : *« je m'en fous que tu sois médecin, je m'en fous que tu sois psychologue, je n'en ai rien à faire et cause toujours ! »*..

Chacun sait que les relations de pouvoir transitent par des mots, par des formules dont les tenants du pouvoir détiennent les clés. Ainsi, lorsqu'il s'agit de « prévention », le piège de la relation de pouvoir est ouvert dès que l'on croit comprendre ce que le mot « prévention » veut dire, en recourant à son étymologie par exemple. A partir du moment où l'on croit que ceux qui viennent consulter ont une idée claire de ce qu'est « la prévention » et qu'ils n'en veulent pas, il n'y a rien à faire ! Vouloir faire de « la prévention » auprès des personnes malades, et malgré elles, ne peut que consister à vouloir exercer un pouvoir sur elles, et à leur faire violence.

Il peut être intéressant de rappeler les trois termes proposés par Michel Foucault : « éduquer, surveiller, punir » comme s'il s'agissait d'une progression qui ponctuait, étalonnerait des effets de pouvoir en marche dans une logique digne d'une machine infernale qui n'aurait besoin d'aucune décision pour se déployer et se mettre en action. Dans ce mouvement, il est aisé de constater que les mots utilisés, qu'ils soient savants comme « compliance » ou simples comme « éducation du patient », masquent la relation de pouvoir qui s'instaure dans l'acte de soin. Il est nécessaire de ne jamais l'oublier - au risque de déshumaniser les relations. Insistons : si toute relation de soin implique une relation de pouvoir, le dire, le savoir, le répéter n'empêche que cela reste souvent méconnu. Ce n'est pourtant qu'à partir du moment où il en est tenu compte qu'il est possible d'envisager que cette relation de pouvoir puisse être, en quelque sorte, « civilisée ». Il s'agira alors de canaliser cette violence, d'éviter par exemple d'agresser la personne malade avec des formules de compassion toutes faites, ou des mises en demeure, d'injonctions, de menaces ou de chantages : *« vous vous soignez ou je ne peux plus m'occuper de vous »*

Examinons un autre aspect : si les malades ne manifestent que peu d'inclination envers la prévention, est-ce par ignorance, est-ce une forme de revendication voire d'opposition comme c'est souvent dit ? S'il s'agit d'ignorance, informer est nécessaire. S'il s'agit d'une opposition ou d'une forme de revendication, ne serait-ce pas en réaction, non pas à une information qu'ils ont reçue, mais à une information qu'ils ont entendue comme une agression - c'est souvent le cas lorsqu'il est dit à un patient, sous prétexte de le convaincre, que s'il ne tient pas compte de ce qu'on lui dit, les conséquences seront « terribles » pour lui.

Nous avons vu que ce n'est pas avec des menaces, en faisant peur au malade que l'on peut arriver à susciter une prise de conscience. Nous avons vu qu'il est important que le malade puisse s'impliquer lui-même dans une demande, et que la condition pour cela est de pouvoir entendre les termes par lesquels il formule ses plaintes, voir ses oppositions qui sont à considérer comme des demandes en jachère. Il importe de pouvoir écouter ces plaintes dans le mot à mot dans lesquelles elles sont exprimées, de façon à ce qu'elles puissent se déployer, se déplier...

Si l'on accepte de ne pas se laisser enfermer par le piège tendu par la croyance en une définition des mots qui serait universelle, quelques ouvertures sont possibles. Si l'on accepte, par exemple, que le mot « prévention » n'ait pas la signification, les mêmes connotations, les mêmes échos, pour tous il devient possible d'explorer – au cas par cas – ce que ce mot suggère pour chacune des personnes qui l'utilise, et de dégager ainsi ce qu'il représente pour chacune : ce qui est ressenti comme insupportable et ce qui peut être envisagé comme acceptable. Dans cette démarcation, qui ne peut s'effectuer que lorsqu'un soignant a renoncé à vouloir imposer les définitions qui lui ont été transmises, et qui sont toujours engluées dans ses propres conceptions et valeurs et qui trament les types de relations qu'il instaure avec ses patients, une demande peut émerger, se constituer et se développer dans des termes qui sont spécifiques à la personne malade. C'est à partir de l'émergence de cette demande que la notion de « prévention » pourra éventuellement être approfondie, dans le vocabulaire de la personne qui consulte, et non dans des termes qui prétendent tenir une valeur conceptuelle.

Ce que je viens de proposer recèle une autre difficulté, qui est elle-même à élucider, puisque cela va à l'encontre de l'idéologie contemporaine de la « communication ». Ce terme qui séduit tout un chacun fleurit dans les médias comme une nouvelle religion. Or, nous l'avons vu, pour qu'une demande puisse se déployer et se déplier, la condition subjective nécessaire pour celui qui écoute, c'est - paradoxalement - de ne pas la comprendre, du moins de ne pas la comprendre trop vite. Précisons encore cela : si l'écouteur croit comprendre la demande tout de suite, alors le « demandeur » n'a rien à commenter, à expliquer... Le propre de la formation à l'écoute vise à sensibiliser celui qui écoute à se repérer dans la parole qui lui est adressée : ce qui est dit ne concerne pas forcément sa personne et il n'a ni à s'opposer ni à corroborer les pratiques ou opinions qu'il entend énoncer. Il importe aussi, qu'il ait appris que tout discours est un discours sur soi. Par exemple, si je récite l'anatomie du cœur, je fais entendre autre chose : en particulier que cette anatomie ne m'est pas totalement inconnue, manifestant ainsi, et à nouveau, une demande de reconnaissance. Que cette demande de reconnaissance puisse être entendue nécessite que l'attention, que la préoccupation ne porte pas exclusivement sur les énoncés (concernant l'anatomie, la physiologie, les médicaments, les pratiques sexuelles...), mais l'énonciation, c'est à dire, les intentions et les enjeux qui soutiennent les énoncés qui, dans leur singularité, n'émergent et ne se dévoilent que peu à peu. Le problème, c'est que le repérage de cette demande de reconnaissance ne fait pas partie de la nomenclature des savoirs référencés et habituellement transmis dans les institutions de formation.

Qu'est-ce qui est généralement enseigné, répété ? Que les malades qui se plaignent sont en souffrance et qu'il faut leur parler le langage qui « renforcera »

le moins possible cette souffrance, en choisissant les mots, les termes qui leur seraient les moins inducteurs de douleur, les plus « salvateurs », tout en les convainquant, « pour leur bien », de changer leurs pratiques, leurs habitudes ! Nous disposons d'une longue tradition qui va dans ce sens. Nous connaissons bien les différents types de discours destinés à convaincre. L'un d'entre eux s'appelle « évangélisation ».

Il faut reconnaître que « l'évangélisation », c'est quelque chose qui marche. Selon certains textes, cela provoque même des miracles ! D'ailleurs, quand quelqu'un se plaint - hors même du cadre religieux - en croyant que l'écouter peut faire des miracles, il peut se produire des choses étonnantes !

C'est ce que des analystes, notamment, ont pu repérer et théoriser. Toutefois, pour que cette démarche d'écoute puisse permettre non pas qu'un miracle advienne mais que quelqu'un puisse prendre conscience de certains de ses enjeux subjectifs masqués par ses plaintes, il importe que ceux qui écoutent sachent, ne refusent pas de savoir, que ceux qui leur parlent ont d'autres enjeux que ce qu'ils déclarent, même s'ils ne mentent pas. J'insiste, il s'agit d'écouter en étant bête !

J'insiste encore ! Ne pas comprendre, mais écouter le mot à mot de ce qui est dit, c'est-à-dire être attentif à l'énigme tapie dans la trame des mots prononcés produit des effets subjectifs qui ne peuvent être répertoriés dans une nomenclature. Il est compréhensible que des praticiens ou des chercheurs qui en ont besoin pour évaluer puissent se sentir alors perdus et défaillants.

Il se révèle en fait que chacun, quel que soit son statut, est en perpétuelle demande de reconnaissance, pour lui-même et pour une « communauté » - politique, territoriale, religieuse, universitaire... - avec laquelle il estime avoir des liens plus ou moins étroits et vis-à-vis de laquelle il se trouve dans une sorte de relation de dette. Cette demande de reconnaissance est liée au fait que, pour les mammifères parlants que nous sommes, il n'existe pas de fait isolé : un fait ne peut être perceptible que parce qu'il peut être nommé, et aucune nomination ne peut faire abstraction de son inscription dans le langage à partir duquel chacun reconnaît ou méconnaît sa subjectivité et ses émotions. Que nous soyons des mammifères parlants colore nos « besoins » d'une dimension particulière : ils sont tous ritualisés selon des références signifiantes qui s'inscrivent dans la culture. Chacun s'en fait l'écho d'une manière singulière, et paradoxale : revendiquant, dans le même mouvement, une appartenance – « je suis Crétois », par exemple - et une singularité, une non-conformité : « je suis Crétois³³, bien qu'il m'arrive de ne pas toujours mentir, ou de ne pas respecter, absolument, telle ou telle tradition ». La revendication paradoxale, à la fois d'une appartenance à la fois d'une non-conformité, signe la place de la subjectivité : la place d'un désir singulier qui se démarque du besoin contre lequel il s'appuie.

Il ne me semble pas nécessaire, aujourd'hui d'étayer les distinctions entre besoin, demande et désir. Il importe cependant de ne pas oublier que pour les mammifères que nous sommes, la demande signe notre dépendance au langage. Même si une demande peut être satisfaite une sorte d'incomplétude subsiste ; ce qui a été obtenu se révèle sans cesse ne pas être tout à fait conforme à ce qui était attendu. Cette perpétuelle quête, jamais satisfaite, est la trace du désir qui ne peut dire son

³³ Chacun connaît l'aphorisme d'Epiménide le Crétois qui déclarait que « tous les Crétois étaient menteurs ». Je ne parle, ici, bien entendu, que des Crétois et non des hommes et des femmes, ou de toutes autres appartenances : chrétiens, juifs, musulmans, blancs, noirs, jaunes, Bretons, Corses, Catalans, Flamands, Wallons, Irlandais ...

objet. Quel que soit son statut dans la société, chaque humain est soumis à son désir contre lequel il se débat ; le désir est en flirt perpétuel avec la transgression et ne saurait être normé, encore moins normalisé. Ce point est fondamental : le désir ne cesse de se confronter à la transgression. Je m'adresse ici à un ensemble de personnes qui chacune est animée par un désir singulier et chacune d'entre elles sait – pour l'avoir éprouvé dans ses pratiques professionnelles et amoureuses - comment certaines transgressions, certains risques ont été pour elles générateurs de plaisir. Peut-on alors envisager que les personnes malades puissent « obéir » sans transgresser ? L'espérer serait leur dénier d'être désirants, d'être un semblable.

6. « Ecoute voir ! »

Je terminerai en essayant de valoriser « l'écoute » par rapport à la « vision » : on considère souvent que voir induit du savoir alors qu'il n'est pas de savoir transmissible sans nomination.

Je ne sais pas si vous avez vu toutes les contorsions de patientes hystériques qui ont été dessinées à l'époque chez Charcot à la Salpêtrière. Des panoramas de dessins absolument extraordinaires ont été constitués dans le but avoué d'en tirer un savoir. Or, quel savoir a-t-on dégagé à partir de ces contorsions d'hystériques ? Aucun ! Un savoir n'a pu émerger que lorsque Freud a commencé non plus seulement à observer mais à essayer d'entendre. Quand il a commencé à écouter ce qu'elles disaient et à envisager que quelque chose pouvait être à entendre au-delà du contenu manifeste d'une parole (son énoncé). Il a alors porté son attention sur un contenu latent (une énonciation) qui exprimerait, l'enjeu singulier – dit ou non dit – qui anime toute prise de parole. Ce qui importe aujourd'hui, me semble-t-il, est de pouvoir envisager de « considérer » les personnes qui viennent consulter un « écoutant », non comme des malades objectivés dans le regard des soignants, « bien étiquetés », mais comme des personnes, ayant chacune quelque chose à faire entendre, et que nul ne peut connaître par avance et à leur place.

J'ai travaillé avec des « soignants » qui accueillent des personnes séropositives, et des personnes diabétiques et j'ai toujours constaté que les personnes atteintes de maladies dites « chroniques » avaient envie d'être entendues en dehors du moule que l'institution chargée de les soigner avait créé pour eux. Elles souhaitent pouvoir parler sans avoir à répondre à des questions standardisées. Elles ne cherchaient pas non plus une écoute interprétative, mais une « écoute » de ce qu'elles disaient, même si elles ne savaient pas à l'avance ce qu'elles allaient dire. Ce qui leur importait était de pouvoir s'exprimer - de ne pas en être empêchée par des écoutants intrusifs, peu intéressés ou pressés.

Ce type d'écoute n'interdit pas, en particulier, que l'écoutant puisse accepter d'entendre des choses inattendues : ce qui est essentiel quand certaines questions concernant la prévention touchent à des points qui mettent souvent les écoutants mal à l'aise, en particulier quand ils reçoivent des confidences sur la sexualité dont ils n'avaient pas imaginé que, même des personnes « convenables » puissent avoir des pratiques si diversifiées. Il importe alors, que les « écoutants » n'induisent pas eux-mêmes des problématiques qui leurs sont propres, et aient pu expérimenter, ressentir et se formuler pourquoi nul ne peut se mettre à la place d'un autre, non seulement dans son intimité mais aussi dans la façon dont il envisage ses relations professionnelles. Il est vrai que, lorsque les « écoutants » ne

sont préoccupés que par ce qu'ils ont envie d'entendre, cela peut générer quelques réticences, des décalages d'intérêts, et quelques conflits ...

Pour faciliter l'accueil des personnes malades, leur permettre de s'exprimer et de s'impliquer dans une problématique qu'ils reconnaîtraient comme la leur – ce qui impliquerait une « prise de conscience » - une formation spécifique d'écouter pourrait être envisagée. Cette formation permettrait la mise en œuvre d'une prévention et d'une « éducation thérapeutique » qui ait sens pour chacun.

J'insiste : même si cette écoute trouve son étayage théorique dans le champ de la psychanalyse, il ne s'agit pas (forcément) d'une pratique analytique, même s'il s'avère nécessaire de sensibiliser les « écoutants » aux différents paramètres qui sont en jeu dans la parole et qui font que « écouter » ne consiste pas exclusivement à entendre des informations. Cela permettra la mise en place des conditions qui n'empêche pas l'autre de dire quelque chose qui le concerne, qui le préoccupe, et de l'accompagner dans cette démarche.

Cette formation nécessite de pouvoir constituer des petits groupes de participants volontaires qui travailleraient à partir de discussions sur des points théoriques et professionnels, d'études de cas, et de jeux de rôles. Certains de ces participants pourraient ensuite être formés à tenir la place de formateurs pour d'autres groupes. Cela se traduirait par au moins deux bénéfices :

- rendre possible une démultiplication de cette formation ;
- permettre aux praticiens qui interviennent, à la fois auprès de personnes malades et comme formateurs de formateurs, de continuer à apprendre et de progresser dans cette « clinique » de l'écoute.

Rien n'exclut que des personnes malades, atteintes par le VIH et ayant été écoutées puissent avoir envie de se former à leur tour, témoignant ainsi - en pratique - qu'un certain type d'écoute leur a permis d'effectuer un certain parcours subjectif.

DÉBAT

Jean Szpirko

Chantal Brigaudiot me dit que ce n'est pas évident si ceux qui sont en position d'écouter n'ont pas eux-même fait un chemin. Evidemment que c'est important que les gens aient eux-même fait un chemin parce que s'ils sont complètement sourds à leur propre ambiguïté comment pourraient-ils entendre l'ambiguïté des autres, mais ce chemin n'implique pas qu'il y ait un genre de statut de psychothérapeutes ou d'analystes pour pouvoir tenir sa place.

Patricia PAILLET

Je réfléchissais, parce que je me demande ce qui fait à l'heure actuelle, qu'on est, sans arrêt en train de repousser un peu les limites. J'ai l'impression que l'on est dans une toute puissance où, il suffit de décréter qu'untel peut faire cela... et bien il va le faire... Alors on est dans le transfert....Je me disais, qu'est-ce qui fait qu'à l'heure actuelle, tout est dans tout, tout le monde est polyvalent, on a l'impression que l'on a un peu bataillé à un moment donné sur les consultations dites d'observance, et puis, maintenant, on nous propose de faire, je ne sais plus quoi... J'ai l'impression qu'on est dans une recherche effrénée de tout le monde peut tout faire et que l'on va créer sans arrêt des choses et qu'on en oublie le fondamental, c'est-à-dire le patient, le malade, le travail que l'on fait avec eux, et qu'on est sans arrêt dans une espèce de course effrénée, les infirmières cliniciennes, les transferts de compétence, qui va faire ci ou ça, on ne sait plus qui fait quoi et on ne sait plus où on est, et je crois que le patient va avoir du mal peut-être à s'y retrouver aussi, ou en tout cas on a déjà vu quelques dégâts faits par ces espèces de dynamisme comme cela pas très bien réfléchi à très court terme en général. Alors, on fait une petite évaluation à trois mois à six mois, après on s'en va et après on voit les dégâts, mais les gens sont déjà partis et ils disent que c'est très bien tout ce qu'ils avaient fait. Moi, je suis un peut inquiète de ce genre d'enthousiasme pas très réfléchi... Je ne sais pas si c'est très clair ce que je vous dis, mais à très court terme « zapper » d'une profession à une autre, et d'une possibilité à une autre, je pense que cela fait plutôt des dégâts.

Daniel Grosshans

Vous avez raison d'être réservée, tout le monde ne fait pas tout et n'importe quoi. Le problème, c'est que tout et n'importe quoi se fait déjà. On ne peut pas dire aux gens qu'il ne faut pas écouter son voisin. N'importe qui écoute et donne des conseils. Il y a même des organismes de formation qui sont spécialisés dans le fait de dire n'importe quoi et cela se vend. Puisque cela se fait autant essayer de sensibiliser un certain nombre de personnes qui peuvent toujours avoir des rapports avec d'autres et de parler avec d'autres à essayer de ne pas dire trop de conneries et de laisser la place à quelqu'un qui a quelque chose à dire quitte à lui dire « écoute là , tu évoques des problématiques pour lesquelles je ne me sens pas compétent et à ce moment là il faudrait que tu ailles voir quelqu'un d'autre ».

Mais ça, c'est une preuve de confiance de pouvoir le dire, de pouvoir rencontrer quelqu'un qui pourrait répondre à une chose pareille. C'est pour cela qu'il me semble important de pouvoir ouvrir la question de la parole, parce qu'il s'est trouvé que j'ai rencontré des gens qui m'ont dit que c'est en rencontrant un spécialiste de la parole que pour la première fois de leur vie, un analyste ou un psychologue, que pour la première fois de leur vie ils se sont aperçu qu'on avait le droit d'enchaîner plusieurs phrases de suite sans avoir la parole coupée. Autre chose : une jeune femme qui vient me raconter des cas, me dit que dans l'institution où elle travaille, il y a une nouvelle directrice qui est arrivée et celle-ci est venue la voir en lui disant : « alors, vous donnez des conseils aux jeunes là que vous voyez, vous leur dites comment il faut vivre, comment il faut se préserver ? » - ha non ! « alors vous servez à quoi ? ». Si on pouvait déjà déterminer que le fait d'écouter, c'est une certaine démarche qui est à minima celle qu'on peut essayer de mettre en place, vis à vis d'un certain nombre de demandeurs, et c'est pour cela que je leur dit : « écouter et rien d'autre pas éduquer ». Si on pouvait admettre cette démarche là, au moins cela serait une démarche validante pour un certain nombre de personnes qui sont susceptibles de la tenir.

Patricia Paillet

Peut-être que je pense à une expérience quotidienne avec les équipes, c'est-à-dire, à la fois écouter et puis que les autres se rendent compte que finalement, il n'y a pas simplement une interprétation de ce qui est dit, mais il y a un empêchement à dire ou bien une transformation complète. Je pense à des patients qui arrivent en hôpital de jour ou autres qui pleurent, cela va être tout de suite mis, il y a un résultat un peu catastrophique qui a été annoncé, tout de suite, c'est à cause de cela. Et quand on commence à les écouter, c'est parce que, la veille leur copain n'est pas venu ou bien parce que ... leur chien est mort, ect... Comment on empêche, on interprète avant même la parole, ce qui peut faire problème et évidemment on a la parole reconfortante toute de suite, etc... Comment ne pas empêcher les gens de parler ?

Richard Salicru

Je reprends ce que disait Chantal tout à l'heure, ce que nous enseigne, je crois la théorisation analytique, c'est que les analystes ne connaissent rien aux rêves ; Les analystes ne s'occupent pas du rêve. Ils s'occupent du texte du rêve qui leur est raconté. Mais la narration d'un rêve, ce n'est pas comme quelqu'un qui pourrait avoir fait des études universitaires en lisant l'interprétation de Freud, un texte de rêve, cela ne s'interprète pas du côté du sachant sur celui qui donnerait la signification à celui qui a raconté le texte. L'objet du texte du rêve c'est de permettre à celui ou à celle qui le raconte, d'entendre ce qu'elle dit ou ce qu'il dit dans ce qui est raconté. Ce n'est absolument pas une clé des songes telle que la médecine l'imagine où il y a un genre d'herménotique , tel signe de maladie, tel signe de maladie, la concordance de trois signes, cela détermine un syndrome, ce syndrome, c'est telle maladie. Ce n'est pas du tout cela du côté de l'analyse,

puisque le savoir de l'analyse c'est de savoir qu'il ne peut pas savoir interpréter à la place de la parole de celui qui lui parle.

Christiane Charmasson

Je voudrais dire un mot, un retour sur le champs de nos possibilités de nos réflexions et implications qui ne soit pas seulement en direction de ceux qu'on nomme les patients. Je pense à ce que nous avons aussi à dire, à entendre, à faire. Du côté des institutionnels, du côté des politiques, du côté d'un pouvoir administratif. Je remercie vraiment aujourd'hui, tous ceux qui, sur le plan institutionnel ont accepté de venir, à la fois parler, se frotter à cette rencontre, nous dire comment ils peuvent proposer un certain nombre de choses et surtout de nous avoir associés. La rencontre d'aujourd'hui fait partie de ce temps de participation à quelque chose en devenir, à quelque chose en cheminement et vraiment , il est important que vous puissiez vous prononcez sur un certain nombre de points des projets en cours.

Il faut dire que nous ne sommes pas pris a posteriori dans une nasse, on peut proposer un certain nombre de choses, puisque la Commission Psy de la SFLS a été invitée au Comité de pilotage.

Mais je voudrais attirer votre attention sur ce qu'on nous a rapporté et Véronique Tirard vous a dit que la présentation des futurs COREVIH auprès des ARH avait commencé pour expliquer, comment ces textes doivent permettre, on le souhaite, d'améliorer un champs de travail et de collaboration. La première visite a été en Aquitaine à Bordeaux, et je dois dire que lorsqu'on entend ce que l'ARH et son Directeur (qui est un anesthésiste), répond lors de cette rencontre avec les DDASS, les DRASS, les représentants du CISIH et du Ministère (de la DHOS). C'est tout de même assez préoccupant lorsqu'on sait que l'Aquitaine arrive en quatrième position des régions concernées par la prévalence VIH, lorsque ce Directeur d'ARH en recevant les représentants du CISIH leur dit : « mais, enfin, qu'est ce que vous venez faire ici ? le Sida c'est réglé tout de même », on leur dit non... « Faites le nécessaire pour que ça cesse »... !!

Cette illustration de la méconnaissance des réalités est un cauchemar et un scandale de la part de personnes en responsabilités. Mais cet exercice doit participer et provoquer l'ouverture des esprits et le réveil de ces esprits. Alors, je disais cauchemar tout à l'heure, parce que je crains qu'on soit en train effectivement de mettre en évidence d'énormes lacunes lors de ces journées régionales. Alors, vraiment, il faut que nous soutenions la démarche des institutionnels qui ont bien voulu nous associer à ce travail et de nouveau je les remercie. Que nous soyons, dans un vrai partenariat, entre les professionnels, avec les politiques qui ont besoin d'être secoués. On a beau dire, que pour cette année 2005, le Sida est une des grandes causes nationales, vraiment il faut continuer à tirer les sonnettes d'alarme.

Chantal Birgaudiot

Tu as parlé cauchemar, je crois effectivement c'est important, ce n'était pas quelque chose de critique ou cauchemardesque, simplement les rapports sont comme ça, mais sont comme ça... Qu'est-ce que nous on va en faire, comment est-ce qu'on peu réagir, et aussi ce n'est peut-être pas, je voudrais dire aux non psy, qu'ils soient administratifs, qu'ils soient médecins ou autres, de pouvoir proposer de faire entendre des choses que nous on a faire entendre. Finalement, on ne fait pas remonter, on est assez souvent dans une position juste extrêmement critique, mais sans proposer quelque chose de presque pragmatique.

Daniel Grosshans

Justement à ce point du débat, je voudrais poser une question à Monsieur Szpirko, c'est aussi tout ce que vous avez dit qui me fait penser à la question de la relation entre l'analytique, le psychanalytique dans la société, le politique, puisque vous avez très justement, et je suis assez d'accord, c'est la question subversive de la psychanalyse, démarrer avec la transgression, mais est-ce que l'analyste est là pour faire des lois, est-ce qu'il est là pour faire des lois ? ou est-ce que vraiment il faut pas y toucher, mais garder la position subversive en rapport à ce que Chantal vient de dire. Cela pourrait être intéressant.

Jean Szpirko

Je ne sais pas si j'ai à répondre puisque que c'est ironique votre question....

Richard Salicru

Je ne sais pas s'il faut répondre à cette question, mais en tout cas y participer quand vous y êtes intéressé ne serait-ce que vous ayez votre place dans le cadre de l'exercice de l'écoute. Parce que c'est très facile de faire des lois qui soient simplement basées simplement sur l'irrationnel avec des résultats objectifs. Quand il faut une place autre qui ne peut pas être inscrite dans la loi, mais il faut que la loi permette que cette place existe. Voilà en quoi vous pouvez y participer.

Jean Szpirko

J'aime bien la remarque de la preuve objective. Vous savez, j'ai quand même fait un peu de philo et un peu d'épistémologie. Toujours on démontre la naissance des sciences avec l'expérience de Galilé et le plan incliné. Cela ne fait aucun problème quelques siècles plus tard, la démonstration est faite, les corps ne tombent pas à la vitesse proportionnelle à leur masse. Trois siècles plus tard, on le sait, c'est enseigné dans toutes les écoles. On oublie complètement que la question de la preuve, c'est une question qui est tellement emmmerdante, qu'on a beau dire que ce n'est pas l'expérimentateur, ce sont les conditions de température et de pression que les choses se passent. On a beau avoir un savoir qui est partagé par un certain nombre d'experts dans différents labos. Quand il y a une preuve qui est obtenue dans un labo, cela fait la guerre avec les labos qui ont la même

compétence. C'est-à-dire que le temps que le statut de la preuve soit entérinée, il faut des querelles politiques pour que cette preuve soit validée. La croyance en la preuve scientifique acquise parce qu'elle est démontrée, c'est une pure croyance, la preuve se fait quand les ennemis sont morts, où quand ils ont renoncé à vouloir se battre contre elle. Alors, quand on est dans des situations, d'avoir à démontrer l'objectivité ou la pertinence d'une preuve, la question qui se pose, c'est quels sont ceux qui au préalable acceptent les prémisses et la mise en place d'une hypothèse dans des conditions qui soient acceptées par une communauté. C'est comme cela que l'on fait une preuve. Eh bien entendu, la preuve, elle ne fonctionne que pour la communauté, mais pas pour la communauté d'à côté. Normalement, les juristes devraient le savoir.

On ne demande pas à un biologiste de faire la preuve de la pertinence d'une topologie en physique des solides.

Richard Salicru

C'est la question que j'étais en train de me poser au fond, qu'est que l'on peut faire, nous, face à l'évolution de notre société et au changement de la demande. On est là, on a fait une offre, on fait une offre depuis cent ans qu'on appelle la psychanalyse, les gens savent ce que c'est, on ne peut pas l'imposer de force, ça on le sait bien nous. Si cela change et s'il n'y a plus de demande auprès des psychanalystes, eh bien, on fera autre chose, on sera cuisiniers, ou bien s'il nous reste deux patients le soir qui viennent nous voir, parce que ce sont des gens qui ont connu ça ou qui en ont entendu parler, tant mieux. Il y a deux choses, moi, la seule guerre qui me plaît finalement, c'est la guerre entre les psychanalystes, entre les écoles, parce que là on parle, on discute, on parle de théories, on fait avancer notre « schmilblic » dans notre communauté. Certaines personnes en entendent parler et participent, mais finalement, a-t-on, nous à se battre pour nous faire reconnaître dans des lieux où on passe finalement notre temps à s'entendre dire qu'on n'a pas grand chose à y faire, c'est un peu désespéré ce que je dis, mais aussi cela le cauchemar de la vie quotidienne d'un hôpital où on nous envoie... Moi, je travaille depuis peu dans un service de gériatrie, j'aime beaucoup, mais on m'envoie sans arrêt au casse-pipe : « fait çà, fait çà, cette personne elle a çà il faut déterminer si elle est démente ou pas, il faut... ». Qu'est-ce que j'ai à y faire, plus çà va, moins je fais. Et puis je dis : çà je sais pas faire, çà je sais pas faire, j'espère qu'un jour on va me regarder en me disant : à quel moment tu intervies toi ! Peut-être que cela va se débloquer, j'en sais rien...mais, c'est çà en fait ma réflexion.

Chantal Brigaudiot

Je répondrais au « faire », c'est toute la question. Qu'est-ce qu'on fait ? mais pour répondre à Daniel, il me semble que ce soit avec des administratifs, que ce soit avec des infirmiers, ou que ce soit avec, je dis n'importe qui, on a peut-être quelque chose, une spécificité qui est à chaque fois de faire remarquer que ce qui à l'air d'être évident dans ce qui est dit et écrit, en fait n'est pas du tout univoque et que selon lecteur ou l'auditeur, cela peut prendre des sens différents. Je crois que c'est valable aussi bien pour un texte administratif que pour ce qu'un infirmier entend d'un patient ou un médecin, etc...

Christiane Charmasson

D'autres interventions venant de la salle.... Venant de la tribune, peut-être ?

Chantal Brigaudiot

Je voudrais simplement aller dans le sens que disais Christiane, c'est que, tu es pour rien dans cette journée de parler statuts, de textes, etc... Je crois que c'est quand même des références, et on ne travaille pas en freelance et complètement isolés, mais je trouvais que c'était vraiment une occasion de rencontres de dialogues possibles entre psy, administratifs et politiques, je crois que ce sera important si cela peut se passer, si c'est possible.

Patricia Paillet

Je te rejoins tout à fait la dessus, je posais ce matin la question de entre guillemets, la reconnaissance de nos actes, et bon je trouve qu'effectivement, le politique, l'administratif, le travail qu'on peut faire auprès des patients dans un service hospitalier, les choses sont liées. Je la pose la question, sans la poser, je la pose parce que les patients, sont quelque part, ou les personnes qui viennent nous voir sont quelque part en dette par rapport à nous. Puisqu'ils payent tout le monde sauf nous...C'est un peu compliqué quelque fois...Je ne la pose pas parce que, justement on n'est pas dans le faire, toujours nous. Moi, je passe beaucoup de temps entre deux entretiens, entre un coup de fil, il y a un gros soucis dans le service à réfléchir, à penser, mon esprit est lâche, lâché. Parce que j'enchaîne pas entretiens sur entretiens, je ne suis pas dans le faire, je ne fais pas des actes, je ne fais pas des choses comme ça, on n'est pas dans le faire. Comment on pourrait justifier ça, expliquer ça, comment pourrait faire entendre ça à une administration, que nous on enchaîne pas les patients comme cela, les uns après les autres, et puis qu'on n'est pas dans les actes, qu'on est aussi dans la réflexion, et que la réflexion est très dur à coder. C'est pour cela que cela m'intéresse aussi, ce n'est pas seulement une réflexion de corporation, mais c'est vrai qu'à la fois il y a le travail que font les patients, il y a travail qu'on fait à l'hôpital, et la reconnaissance, en tous cas la place qu'a le psy dans ces services hospitaliers et que même si on n'a pas de réponse satisfaisante, je crois que c'est toujours important de rester vigilants par rapport à ce qu'on fait dans ces services auprès des patients.

Jean Szpirko

Vous avez tout à fait raison sur cette histoire du faire. Quand un analyste va voir un autre analyste et lui dit : je suis emmerdé comme tout, je voudrais te raconter quelque chose, parce que je ne sais comment faire. La réponse est déjà là, quand un analyste interroge un autre analyste comment faire, c'est qu'il n'a pas entendu . Mais est-ce que c'est possible de faire entendre ça à des gens qui ne sont pas analystes ? Il y avait une époque où la psychiatrie, « Bleuérienne » permettait le dialogue conflictuel, c'est pourquoi le conflit n'est pas forcément une mauvaise chose, permettait le dialogue conflictuel entre psychiatres et analystes, puisqu'ils

utilisaient les mêmes mots, névrose, psychose, perversion, hystérie, obsessionnel, phobique, mais ces mots n'avaient pas la même signification. Il y avait des dialogues possibles. Là, maintenant, on s'est débrouillé pour que le dialogue soit impossible, et on s'est même débrouillé pour que les psychiatres n'aient plus à penser. Puisque l'argumentaire qui est donné pour la prescription d'un certain nombre de produits, ce n'est même plus les résultats : c'est tel gourou des Etats Unis, le mot gourou revient, on est vraiment dans un drôle de truc, tel gourou utilise ça dans telle ou telle indication. Si le gourou le dit, c'est que c'est vrai. C'est-à-dire qu'on revient à la période « anté-scientifique, anté-galiléenne, anté-dix septième siècle », C'est la vile autorité qui fait l'autorité, et puis la preuve.

On peut dire maintenant vos malades, eh bien : « débrouillez-vous pour qu'ils guérissent » , « et puis débrouillez-vous pour qu'ils arrêtent de contaminer, quand même, vous prenez vos responsabilités ou pas ! ». Avec des discours comme ça, on peut donner des ordres, faire des injonctions et croire qu'on est efficaces. « J'ai dit qu'il fallait le faire, alors, hein ! ». C'est aux autres de se démerder maintenant. Hein !

Guillaume Bodoïn – Psychologue à l'Hôpital de Poissy

La spécificité des psychologues effectivement dans l'impossibilité de quantifier des actes ou d'identifier des actes précis quand notre pratique est réelle. Moi, je suis jeune psychologue, il y a une autre spécificité que je trouve vraiment très très inquiétante, c'est la méconnaissance totale d'une grande partie des psychologues de tout ce qui se fait, quant à leurs pratiques et quant à la loi, et ce qui est en train d'être fait au niveau réglementaire et tous les rapports que vous citiez tout à l'heure en sont la preuve, qu'il y a beaucoup de choses qui sont en train d'être faites en ce moment sur notre profession. Et je suis très surpris au sein de l'hôpital dans lequel j'exerce, au sein du collège des psychologues, de la méconnaissance générale de ce qui est en train de se passer dans cette réglementation de notre pratique. Alors, on dit : « oui, on n'a pas le temps, on s'y intéresse pas ». Mais ce qui est évident, c'est que cette réglementation qui est en train d'être mise en place, aura un impact direct sur nos prises en charges de patients, et je pense que si en tant que psychologues, on n'arrive pas à prendre conscience qu'il faut qu'on soit aussi acteurs de notre profession et acteurs de ce qui est en train de se passer pour nous, on va se retrouver devant le fait accompli et là, à mon avis, on n'aura plus rien à dire.

Chantal Brigaudiot

On n'aura plus rien à dire... Je ne défends pas obligatoirement la profession de psychologue ... On râlera, on ne sera pas préoccupé avant, mais on râlera de ce qui nous sera proposé ou enjoint.

Christiane Charmasson

L'enjeu de cette journée, c'était : ...On savait qu'en proposant ce thème qu'il n'était pas extrêmement séducteur pour les psy. Vous savez aussi que ces

rencontres ne sont pas très fréquentes, il est même assez rare de rassembler des institutionnels, des politiques qui soient, à la fois en mesure de nous interroger, de nous amener à nous définir et à réfléchir, à faire des propositions et eux probablement d'entendre un certain nombre de choses. Je crois qu'aujourd'hui, que ce soit au niveau de la DGS, au niveau de la DHOS, au niveau de l'INPES, au niveau de l'ARH, cette écoute a été possible.

Je ne suis pas d'un optimisme béat de façon habituelle, mais je pense que cette rencontre là, est quelque chose qui est un plus par rapport à ce qui auparavant n'existait pas en tout cas, c'est-à-dire, la possibilité de mettre en commun, des horizons différents, de nous confronter à ce qu'au moins trois d'entre nous, puisque Chantal, Richard et moi, avons participé avec vous à ce travail ; des personnes ayant pour certains, vingt ans, puis quinze ans, dix ans, douze ans d'expériences avec des patients et avec le sujet du VIH, moi, je vous remercie, à la fois de nous avoir invité à cette réflexion et à cette collaboration. Je vous remercie aussi d'être venus aujourd'hui avec peut-être moins de monde qu'on pouvait l'espérer, mais beaucoup plus qu'on ne le craignait, c'est-à-dire, on s'est dit « on va être seulement quinze ou vingt », finalement on était entre soixante quinze et quatre vingt ce qui est plutôt encourageant.

Je vous remercie aussi de vous être déplacés, parfois de loin pour venir participer à cette journée, puis surtout vous dire que le champ est toujours ouvert à vos propositions. Comme le disait Sandra « manifestez-vous », mais je suis sûre que Véronique, Pierre et Thierry sont tout à fait accueillants et preneurs de vos commentaires si ceux-ci n'ont pas pu être exprimés, parce que ce n'est pas toujours facile de parler en public, mais en tout cas, vous savez que vous pouvez les joindre et vous pouvez aussi faire valoir et faire entendre vos positions et vos propositions.

Ce n'est pas pour clore parce que la parole est encore à vous, mais, je voulais vous dire merci et mon souhait c'était que pour des textes qui souvent, quelque soit leur poids sont souvent appelés à durer, que les psy n'aient pas été absents de cette consultation, que nous ne soyons pas comme parfois c'est la tentation, dans la plainte ultérieure, en considérant que soit : on ne fait pas grand cas de notre existence ou de notre point de vue, on est souvent dans une sensibilité un peu interprétative, un peu persécutée, eh bien là, c'est tout à fait en amont qu'on nous a interrogé, je pense que nous avons tout le loisir de nous exprimer et je pense qu'a posteriori on sera beaucoup plus en difficulté pour considérer que nous n'avons pas été partie prenante de ce qui nous attend et de ce qui va être « pondu ».

Merci à tous, je vous redonne la parole, en tous cas, moi je vous dis merci.

Raphaëlle Varsi – psychologue clinicienne en réseau ville-hôpital Val de Seine

Ce n'est pas du tout dans ce cadre là, dans le cadre du réseau que je voudrais intervenir, parce que j'ai la chance d'être dans une équipe où j'ai le sentiment que les compétences de chacun sont à peu près situées, et à peu près respectées. En revanche, je travaille aussi par ailleurs dans un hôpital, je trouve cela , effectivement, merci à tous ceux qui ont parlé parce que les psychologues ont beaucoup de lacunes par rapport à tous ces textes et à beaucoup de choses nous

concernant, mais je trouve que c'est très compliqué au quotidien, en tous les cas dans situation dans laquelle les psychologues de l'hôpital Foch, pour ne pas le nommer, sont, parce qu'on a une DRH qui a décidé de revoir le statut des psychologues et cela fait deux mois que les médecins et la DRH se rencontrent en dehors de nous, malgré tous nos appels, nos coups de gueule, etc.... Donc, c'est très bien aujourd'hui, qu'il y ait des réunions comme ça, mais je me demande dans quelles mesures au niveau de certaines directions d'hôpitaux les choses vont aussi pouvoir bouger ou pas...je ne sais pas, j'ai l'impression.... On est très peu nombreuses et j'ai l'impression qu'on perd énormément d'énergie, énormément d'énergie, à se battre ou à essayer de se faire entendre et certains médecins sont extrêmement biens, j'allais dire disposés à notre égard, je ne sais pas si c'est le bon terme, mais en tout cas reconnaissent notre place, souvent ceux qui sont assez éloignés de la psychiatrie d'ailleurs, parce qu'ils reconnaissent qu'ils ne savent pas faire, la psychologue ils ne savent pas faire, alors que le discours qui est tenu en psychiatrie, et je le répète textuellement, « on fait tous de la psychologie, et être psychologue c'est avoir un joli sourire, tenir la main et procurer des paroles rassurantes ». Alors, Mesdames, Messieurs, « Ultrabrith » pour tout le monde et crème adoucissante et petit stock de bonnes paroles, parce que c'est ça être un psychologue pour un psychiatre, et bon là, c'est très, très grave, mais je veux dire que concrètement, sans rentrer du tout dans les détails, la situation fait qu'aujourd'hui, dans ce grand hôpital bien renommé qui a pour mission de prendre en charge le patient dans sa globalité, eh bien, nous avons deux mi-temps de psychologue sur les trois et demi qui sont bloqués, ils ne sont pas pourvus, parce que clairement certains médecins attendent que le statut des psychologues soit révisé pour qu'on n'ait pas notre temps FIR et pour qu'on soit sous la tutelle des médecins et qu'on nous dise quoi faire, notamment les psychologues de liaisons rattachés géographiquement au service' de psychiatrie.

Donc, je trouve cela très grave.... et il y a beaucoup de choses sur internet qui circulent, les pétitions, le SMP, il y a beaucoup de gens qui se mobilisent... merci parmi les psychologues pour essayer de combattre, mais au quotidien, c'est difficile, mais quand on dit quoi faire, sincèrement, je veux bien faire tout ce qu'on veut, mais là clairement, je ne sais plus quoi faire ?...parce que le conflit c'est parfois très bien, mais ne pas y rentrer cela peut être aussi une position intéressante...je vous livre cela comme ça....mais juste pour savoir, mais tout ce qu'on fait aujourd'hui, cela peut avoir une répercussion quelconque aussi sur les directions, j'en ai aucune idée...

Chantal Brigaudiot

On peut aussi se poser la question On ne peut pas empêcher les gens de dire ce que vous devez faire, ou ce que vous devez être y compris professionnellement, mais de temps en temps y compris avec les DRH, qui ne les connaissent pas toujours, arriver avec le décret titre de psychologue, arriver avec la circulaire ministérielle, ça permet, pas de façon polémique ou pour convaincre, mais ça fait un élément de discussion et ça fait aussi une référence qui est quand même « on a un statut », c'est-à-dire, il y a le statut qu'on nous donne, mais on a aussi un statut. Quand est-ce qu'on le met en avant ? Qu'en est-ce qu'on en fait part aux autres ? Nous on ne le connaît pas, mais les DRH et les médecins non plus...

Raphaëlle Varsi

Ce que je veux dire, le décret on l'a bien évidemment transmis, les textes, etc.... et au directeur et à la DRH, et aux médecins concernés par l'activité des psychologues, mais si dans le même moment des réunions sont faites, quand les syndicats s'en mêlent, et qu'on dit : « mais non, en fait ce n'est pas la modification des statuts, c'est un projet de... et quand ils font des réunions et qu'on dit : attendez, on n'est pas invité, c'est quand même assez insupportable... On nous dit : « non ce ne sont pas des réunions, ce sont des pré-réunions » Il faut arrêter de se foutre de nous, mais évidemment, qu'on a transmis les informations, bien sûr on s'est renseigné et on a transmis les informations. Le problème est qu'on nous écarte de cette discussion, voilà....Je ne cherche pas forcément de solutions ici, là tout de suite, ce que je veux dire c'est vrai qu'il y a une réalité pour certains psychologues, pas pour tous, j'espère que tout le monde ne souffre pas comme cela dans son hôpital et je me demandais, je trouve que c'est très bien d'ouvrir des débats avec le directeur de l'ARH ou de la DGS, etc... mais si au niveau local, les choses sont insupportables comme cela.....

Chantal Brigaudiot

Je crois qu'en fait, j'intervenais sur le « on » nous écarte, simplement donner l'Assistance Publique qui est toujours d'avant garde pour les expérimentations, avait suivi presque avant la lettre les recommandations des rapports et les psychiatres sans concertation avec les psychologues avaient fait sous l'égide d'un psychiatre qui est responsable de tous les psychologues d'un autre hôpital... bon... ils se réunissaient, ils étaient en train de mettre les choses noir sur blanc, quand on en a eu vent, on a simplement demandé à l'administration de l'Assistance Publique, si les psychologues qui étaient concernés, puisque c'était écrit qu'on allait se préoccuper des psychologues, ne pouvaient pas au moins assister et il y a eu deux commissions de travail dans lesquelles les psychologues ont été présents. Peut-être que de temps en temps, on peut ne pas seulement constater qu'on est mis à l'écart, et au nom de quoi on aurait à participer à tout. Je suis un peut provocatrice, mais je crois qu'il y a quelque chose comme ça...., je veux dire que les administratifs ont aussi le droit de discuter entre-eux, les psychiatres entre-eux et que éventuellement si nous on pense qu'on peut apporter quelque chose, ou que si on parle de nous, on a peut-être quelque chose à en dire, se manifester, pas dans le conflit, simplement dire : « est-ce qu'on peut venir, est-ce qu'on peut en parler ? ».

Patricia Paillet

Je suis désolée Raphaëlle, je crois que le poste je l'ai créé... avec le réseau ville-hôpital, mais... Je pensais à ce disait un psychanalyste sur les possibilités de travailler dans les services hospitaliers, ils disait qu'il y avait plusieurs conditions, je pense que par moment, les conditions ne sont pas réunies pour que l'on puisse rester dans certains services, pour rester dans certains sites outre tout ce que l'on peut faire pour effectivement se battre pour que le travail puisse se faire, je pense qu'il y a un moment où malheureusement, je crois que c'est un peu comme sous une dictature, je crois qu'il faut se « barrer » vite fait.

Christiane Charmasson

Vous savez que ces journées ont pris le relais de ce qui n'existe plus depuis quelques années qui s'appelait le « colloque des psychologues des CISIH ». Alors, je voudrais demander à Chantal de conclure en tant que psychologue, parce que je ne me sens pas très autorisée.

Chantal Brigaudiot

Et moi, je ne sens pas toujours très psychologue...mais, peut-être revenir à la parole, c'est-à-dire, quand on dit que d'autres nous assignent à une place. Je crois que ce n'est pas spécifique à la profession de psychologue. On est toujours mis à une place imaginaire par les autres. Alors cela se répète entre psychiatres et psychologues, entre psychologues et médecins, etc... C'est aussi un bouc émissaire de temps en temps assez simple, puisque tout le monde parle la même langue sauf le psy...

Mais, je crois que je conclurais sur cette question : avec combien de personnes dans le service où on travaille, y compris avec les nouveaux arrivants, puisque le personnel se renouvelle pas mal, on prend la peine d'expliquer notre travail ? C'est-à-dire, pourquoi je pose cette question, c'est-à-dire qu'on râle, parce qu'il y a de l'imaginaire ou parce que les gens ne savent pas ? Pourquoi est-ce qu'ils auraient ce savoir ou cette science infuse ou innée et qu'est-ce qui fait qu'on ne prend pas la peine, je ne dis pas de prendre rendez-vous avec chacun et d'expliquer, mais à propos d'un patient quand on doit travailler ensemble à propos d'un patient ou d'une situation, en profiter pour expliquer ce qu'on fait. J'ai l'impression qu'il y a tout un boulot à faire de notre part à nous aussi.

Christiane Charmasson

Absolument d'accord avec toi, à partir du moment où on travaille à plusieurs, dans des équipes, à l'hôpital, hors champ de la pratique que nous pouvons avoir dans le colloque singulier d'une pratique privée, on sort de ce cadre là, et je pense qu'il y a un certain nombre de comportements qui devraient aller de soi. C'est-à-dire, non seulement d'expliquer, de dire pourquoi on est là, c'est ce que disait Pierre tout à l'heure, « qui fait quoi, comment faire, que dire ? etc... » Je pense qu'un certain nombre de collègues, je parle des psychiatres, qui par exemple ont accepté à une époque d'aller travailler à l'hôpital général, je dis cela, parce que ça a été quand même à une époque tout à fait mal vu d'aller « faire le psychiatre en médecine ». Qu'est-ce qu'on trahissait, qu'est-ce qu'on allait faire là, on était vraiment des traîtres d'aller porter « une parole psy » dans un service de médecine. Une fois qu'on y est, qu'est-ce qu'on dit qu'est-ce qu'on fait ? et effectivement, qu'est-ce qu'on va dire tous les six mois lorsque l'interne change, lorsque les internes changent ? Si on ne répète tous les six mois, de quelle manière nous travaillons, de quelle manière on peut travailler ensemble, en gardant chacun de fait nos champs respectifs, dans le respect des uns des autres, mais en acceptant aussi de restituer quelque chose. Restituer quelque chose de notre pratique, ce n'est pas trahir ce que le patient nous a confié, mais c'est faire entendre que nous sommes là à une autre place, et je dois dire que vraiment, vingt cinq ou trente ans plus tard, parce ça remonte à ce moment là, les premiers psy qui allaient au

moment du secteur dans les services de médecine, on nous a vraiment souvent dit, combien notre pratique était difficile pour les médecins parce que nous restions dans un quant à soi, une fermeture par rapport à la pratique médicale, c'est vrai qu'on voulait faire remarquer qu'on faisait pas la même chose, mais plusieurs choses nous ont été reprochées, c'est d'une part de ne rien partager de notre pratique, de ne jamais répondre lorsqu'on nous envoyait un patient, répondre ce n'était pas dire : « voilà ce qu'il m'a dit, voilà où nous en sommes, c'était simplement éventuellement de mettre un mot, une petite lettre en disant : j'ai reçu Monsieur ou Madame Untel, point, je vais le revoir ou pas ». C'est tout, c'est tout ce qu'ils demandent les médecins, ce n'est pas qu'on aille plus avant dans quelque chose qui doit rester dans ce colloque singulier et je pense qu'on en est toujours là des années plus tard. Et je pense que c'est tout à fait problématique et probablement même la situation s'est aggravée, parce que les pratiques médicales ont changé, elles sont beaucoup plus techniques et que les pratiques psychiatriques, je ne parle pas des psychologues, les pratiques psychiatriques ont changé et que de fait à l'époque où il n'y avait pas un psychiatre qui n'était pas passé par l'analyse, nous sommes maintenant avec des psychiatres qui sont dans un comportement beaucoup plus biologisant, chimiothérapeutique, et empreint d'un certain nombre de thérapies différentes, dites brèves, dites nouvelles, allant du comportementalisme à d'autres formes d'analyses et d'autre part effectivement à des thérapies systémiques, enfin tout ça c'est plutôt dans la pratique psychiatrique, mais dire que nous avons vraiment un travail à continuer, à soutenir, à faire connaître et à partager, dès l'instant où nous travaillons dans une équipe avec des gens ayant la responsabilité des personnes qui à un moment traversent la maladie et qui sont nommés : les patients. Je crois qu'on a encore beaucoup à faire à ce niveau là.

Chantal Birgaudiot

Sur ce qu'à dit Christiane, c'est-à-dire qu'il me semble qu'à un moment où ... chaque praticien est différent, reste différent, en même temps, il y a de plus de protocoles et une grande partie du travail médical hospitalier, c'est quand même l'application des protocoles, ce doit être pareil pour les infirmiers, etc... Mais quand un psy arrive dans un service, quand il y a un changement de chef de service, là il y a des psy qui travaillent uniquement en consultation sur rendez-vous, il y a des psy qui vont travailler uniquement en disant : « moi j'ai pas le temps, si je commence à revoir des gens de façon régulière, je n'ai plus de temps dans le service donc je travaille uniquement à la demande dans les couloirs, je peux faire des thérapies, ou bien je peux faire des tests, etc... » Si on ne donne pas le mode d'emploi, il me semble qu'on a des pratiques beaucoup, beaucoup plus diverses que quand on dit, je ne sais pas un cancérologue qui est en plus cancérologue dans, le sein, le pancréas, le foie, etc... on a des pratiques extrêmement diverses et sur lesquelles on n'est pas très prêts à moduler la plus part du temps.

Christiane Charmasson

Un dernier mot ? Ce dernier mot c'est au revoir et merci et à bientôt.