



HAL
open science

La bientraitance en secteur psychiatrique. Points de vue des soignants, difficultés rencontrées et propositions de sensibilisation et de promotion de la bientraitance

Lee Aderet

► To cite this version:

Lee Aderet. La bientraitance en secteur psychiatrique. Points de vue des soignants, difficultés rencontrées et propositions de sensibilisation et de promotion de la bientraitance. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01490656

HAL Id: dumas-01490656

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01490656>

Submitted on 15 Mar 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N° 163

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

La bientraitance en secteur psychiatrique
Points de vue des soignants, difficultés rencontrées
et propositions de sensibilisation et de promotion
de la bientraitance

Présentée et soutenue publiquement
le 6 octobre 2016

Par

Lee ADERET

Née le 22 août 1985 à Tel Aviv (Israël)

Dirigée par M. Le Docteur Renaud Espaze, PH

Jury :

Mme Le Professeur Emmanuelle Corruble, PU-PH Président

M. Le Professeur Amine Benyamina, PU-PH

M. Le Professeur Alain Dervaux, PU-PH



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Résumé : Alors que la bientraitance des personnes vulnérables trouve un écho grandissant auprès de l'opinion publique et illustre les avancées éthiques importantes des dernières décennies, notamment concernant les enfants et les personnes âgées, le secteur psychiatrique semble plus long à intégrer la question de la bientraitance aux pratiques professionnelles.

Après avoir défini le concept de bientraitance et les notions qui s'y rattachent – la maltraitance ainsi que certaines notions d'éthique –, cette étude questionne les limites du concept de bientraitance. La bientraitance souffre intrinsèquement de contours flous mais également d'un certain manque de lisibilité des messages de sensibilisation et de promotion sur ce sujet diffusés par des autorités sanitaires qui sont ici juge et partie puisqu'elles assurent également la mission d'évaluation et de contrôle de la qualité des soins.

Afin de mieux comprendre la place du questionnement éthique et de la bientraitance en psychiatrie, cette étude retrace l'histoire du secteur psychiatrique, présente les principes de la thérapie institutionnelle puis dessine le visage du secteur actuel en soulignant les défis auxquels il doit faire face.

Les liens étroits entre politique, droit et psychiatrie rendent pertinente l'analyse de la façon dont la bientraitance est inscrite dans les plans « Psychiatrie et Santé mentale », les lois encadrant les soins en psychiatrie ainsi que dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Au travers d'une enquête de terrain en deux parties, l'une quantitative et l'autre qualitative, au sein de trois unités d'hospitalisation d'un secteur de psychiatrie adulte, cette étude rend compte de la perception de la bientraitance par les professionnels ainsi que leurs difficultés à se saisir, s'approprier et mettre en pratique au quotidien les valeurs éthiques associées la bientraitance.

Enfin, cette étude propose des pistes de réflexion pour élaborer des mesures concrètes de sensibilisation et de promotion de la bientraitance adaptées au vécu des professionnels. Ces mesures de développement de la bientraitance en secteur psychiatrique peuvent inspirer des projets de service ou d'établissement mais, pour avoir une réelle valeur éthique, nécessitent d'être le fruit d'une réflexion de tous les acteurs du soin : personnel médical et non-médical, usagers...

Mots clés : bientraitance, contre-transfert, éthique, politique de santé mentale, professionnels de santé, secteur psychiatrique, stigmatisation

Title: The well-care in the psychiatric sector: points of view of the carers, difficulties encountered and proposals of sensitisation and promotion of well-care.

Abstract: While the well-care of the vulnerable finds growing public awareness and illustrates the significant improvement in ethical concern over the last decades, particularly regarding the children and the elderly, the psychiatric sector seems slower to integrate this new approach into its professional practice.

After defining the idea of well-care and related concepts – mistreatment as well as some ethical principles –, this study questions the limits of the concept of well-care. Well-care inherently suffers from blurred contours and also from a certain lack of clarity of the promotion and awareness messages on the subject issued by the health authorities who act in this case as judge and jury by also fulfilling the mission of evaluating and controlling the quality of care services.

To better understand the place of ethical questioning and well-care in psychiatry, this study traces the history of the psychiatric sector, presents the principles of institutional therapy and outlines the current state of the French psychiatric sector highlighting the challenges it faces.

The close links between politics, law and psychiatry make relevant the analysis of the use of the word well-care in the French "Psychiatry and Mental health" plans, in the laws governing psychiatric care and in the recommendations for good professional practice.

By means of a field survey combining two distinct methods, one quantitative and the other qualitative, in three inpatient units of a psychiatric adult sector, this study accounts for the perception of well-care by professionals and their difficulties to seize and integrate the ethical values associated with well-care in everyday practice.

Finally, this study offers orientations to help develop concrete measures in order to improve awareness and well-care actions grounded in field reality of professionals working in a psychiatric sector. These measures to promote well-care in psychiatric sectors can inspire and help elaborate medical projects in psychiatric wards or establishments but to have true ethical value they must proceed from brainstorming to include all the participants intervening in the care process: staff both medical and non-medical, patients...

Keywords: well-care [bientraitance], care, ethics, counter-transference, psychiatric ward, mental health policy, stigmatisation

« On juge du degré de civilisation d'une société à la manière dont elle traite ses fous. »

Lucien Bonnafé

« Ce que l'on doit faire pour guérir le mal n'est pas clair. Ce que l'on ne doit pas faire est clair cas par cas. »

Ludwig Wittgenstein

Remerciements

Au Professeur Emmanuelle Corruble, présidente de Jury

Merci de me faire l'honneur de présider ce Jury de thèse et juger ce travail. Soyez assurée de mon plus profond respect.

Au Professeur Amine Benyamina

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Au Professeur Alain Dervaux

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

A mon directeur de thèse, le Docteur Renaud Espaze

Merci de votre soutien et vos conseils distillés avec humour et finesse aussi bien lors de mon travail en tant qu'interne dans le service que durant l'écriture de cette thèse. Une part de ma curiosité et de mon intérêt pour la thérapie institutionnelle a sûrement débuté lors de nos échanges autour de la gestion d'équipe et du rôle médical en psychiatrie.

Au Docteur Jérôme Rocher

Merci pour ton soutien, ton humanité et la richesse de tes enseignements tant théoriques que cliniques, j'ai beaucoup apprécié nos échanges et le travail à tes côtés.

A mon frère

Merci pour ton aide, ta relecture minutieuse et ta contribution à la mise en page, elles ont été d'un grand secours.

A Denis

Merci pour ton soutien sans faille, ta présence à mes côtés dans les bons et les mauvais moments et d'avoir fait de ton mieux pour me faciliter la vie durant l'écriture de cette thèse.

A mes parents, à mes amis

Merci pour votre soutien dans cette longue aventure et votre écoute, la bienveillance ne doit plus avoir aucun secret pour vous...

Aux aides-soignants, infirmiers, psychologues, éducateurs, thérapeutes en tout genre, cadres de santé et à mes co-internes

Travailler à vos côtés durant mon internat a été un grand plaisir, riche en rencontres humaines. Votre bienveillance et vos encouragements m'ont beaucoup touchée. Cette thèse recueillant vos points de vue mais aussi vos valeurs est une manière pour moi de valoriser la parole de chacun d'entre vous et de vous dire merci.

Table des matières

REMERCIEMENTS	4
TABLE DES MATIERES	6
INTRODUCTION.....	11
PARTIE 1 : LA BIENTRAITANCE, DEFINITIONS ET NOTIONS ETHIQUES ASSOCIEES	13
CHAPITRE 1 : CONTEXTE DE LA CREATION DE CE NEOLOGISME RECENT.....	13
CHAPITRE 2 : LA BIENTRAITANCE	15
2.1 DEFINITION ACTUELLE DE L'ANESM.....	15
2.2 LE SENS DU TRAIT D'UNION DANS L'ORTHOGRAPHE ORIGINELLE DE BIENTRAITANCE	16
2.3 UN MOT FRANÇAIS SANS EQUIVALENT DANS LA LITTERATURE ANGLO-SAXONNE	16
2.4 LA BIENTRAITANCE ET LA PROMOTION DE SES VALEURS : UNE PREOCCUPATION NATIONALE.....	17
CHAPITRE 3 : LA MALTRAITANCE	18
3.1 DEFINITION DE LA MALTRAITANCE	18
3.2 FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE EN PSYCHIATRIE.....	20
3.3 DEMARCHES DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE.....	28
CHAPITRE 4 : ETHIQUE, MORALE, DROIT, DEONTOLOGIE : DEFINITIONS ET LIENS AVEC LA PSYCHIATRIE	29
4.1 L'ETHIQUE	30
4.2 LA MORALE	30
4.3 LE DROIT.....	31
4.4 LA DEONTOLOGIE	31
CHAPITRE 5 : NOTIONS D'ETHIQUE PERMETTANT UNE MEILLEURE COMPREHENSION DE LA BIENTRAITANCE	32
5.1 LA BIENFAISANCE ET LA NON-MALFAISANCE	32
5.2 LA BIENVEILLANCE	34
5.3 LE RESPECT ET LA DIGNITE.....	34
5.4 LE PHENOMENE DU BOUC EMISSAIRE	37
5.5 LE GESTE DE LA SOLLICITUDE COMME GESTE ETHIQUE DANS UNE RELATION ASYMETRIQUE	38
5.6 UNE INSTITUTION « SUFFISAMMENT BONNE »	39
5.7 L'ETHIQUE DU CARE.....	40
CHAPITRE 6 : RISQUES ET LIMITES DU CONCEPT DE BIENTRAITANCE	42
6.1 BIENTRAITANCE ET TENDANCE A LA NORMALISATION.....	43
6.2 INTERROGATIONS AUTOUR DE LA LEGITIMITE DES TEXTES EN RAPPORT AVEC LA BIENTRAITANCE.....	43
6.3 RISQUE D'INSTRUMENTALISATION.....	44
6.4 CONFUSION POSSIBLE ENTRE QUALITE ET BIENTRAITANCE.....	45
6.5 LIMITES DANS LA RECONNAISSANCE DE L'USAGER EN TANT QUE « SUJET »	45
PARTIE 2 : SECTEUR PSYCHIATRIQUE – DE L'ASILE AU SECTEUR D'AUJOURD'HUI	48
CHAPITRE 1 : L'ASILE PSYCHIATRIQUE, UN LOURD PASSE.....	48
1.1 LES THEORIES ALIENISTES.....	49
1.2 LA LOI DE 1838, LOI ESQUIROL.....	50
1.3 LA REALITE ASILAIRE.....	51

CHAPITRE 2 : CREATION ET EVOLUTION DU SECTEUR PSYCHIATRIQUE.....	53
2.1 PRISE DE CONSCIENCE DE L’HORREUR DE LA DEUXIEME GUERRE MONDIALE ET MOUVEMENT DE DESINSTITUTIONALISATION	53
2.2 LA CIRCULAIRE DU 15 MARS 1960, BASE DE L’ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN SECTEUR	59
2.3 LES ANNEES 1970, ANNEES DE REFORMES ET DE CONTESTATION	59
2.4 LES ANNEES 1970 A 1990, MISE EN PLACE DU SECTEUR ET CHANGEMENT DU REGARD DE LA SOCIETE SUR LA PERSONNE HOSPITALISEE	62
CHAPITRE 3 : LA PSYCHIATRIE DE SECTEUR AUJOURD’HUI.....	63
3.1 LA POLITIQUE DE SANTE MENTALE EN FRANCE	63
3.2 LE VISAGE DE L’OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES SUR LE SECTEUR	77
3.3 DE NOMBREUX BOULEVERSEMENTS.....	81
 <u>PARTIE 3 : LA QUESTION DE LA BIENTRAITANCE APPLIQUEE A LA PSYCHIATRIE</u>	<u>90</u>
 CHAPITRE 1 : LA BIENTRAITANCE DANS LA POLITIQUE DE SANTE MENTALE.....	91
1.1 EMPLOI DES TERMES LIES A LA BIENTRAITANCE DANS LES PLANS DE SANTE MENTALE	91
1.2 LA BIENTRAITANCE, UN CONCEPT PRESENT DANS LA POLITIQUE DE SANTE MENTALE	99
CHAPITRE 2 : LA BIENTRAITANCE DANS LES LOIS CONCERNANT LA SANTE ET EN PARTICULIER LA SANTE MENTALE....	102
2.1 UTILISATION DES TERMES LIES A LA BIENTRAITANCE DANS LES LOIS REGISSANT LA SANTE MENTALE	103
2.2 UN CONTENU FORTEMENT EMPREINT DE PREOCCUPATIONS POUR LA BIENTRAITANCE	105
CHAPITRE 3 : PLACE DE LA PSYCHIATRIE DANS LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET LES OUTILS TRAITANT DE LA BIENTRAITANCE	109
3.1 POPULATION CONCERNEE PAR LES RECOMMANDATIONS DE L’ANESM.....	110
3.2 DES OUTILS POUR LA BIENTRAITANCE PEU UTILISES EN PSYCHIATRIE	112
 <u>PARTIE 4 : EVALUATION DES POINTS DE VUE DES PROFESSIONNELS ET LES DIFFICULTES RENCONTREES CONCERNANT LA BIENTRAITANCE EN SECTEUR PSYCHIATRIQUE</u>	<u>115</u>
 CHAPITRE 1 : DESCRIPTION GLOBALE DE L’ETUDE.....	115
1.1 CONTEXTE DE L’ETUDE	115
1.2 OBJECTIF DE L’ETUDE	116
1.3 POPULATION CONCERNEE ET LIEU DE L’ETUDE	116
1.4 CRITERES D’INCLUSION ET DE NON INCLUSION	117
1.5 METHODOLOGIE	118
CHAPITRE 2 : UNE EVALUATION QUANTITATIVE : QUESTIONNAIRES A CHOIX MULTIPLES	119
2.1 MATERIEL ET METHODOLOGIE UTILISES	119
2.2 RESULTATS ET DISCUSSION	122
CHAPITRE 3 : UNE DESCRIPTION QUALITATIVE : ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRIGES	142
3.1 MATERIEL ET METHODOLOGIE UTILISES	142
3.2 RESULTATS DES ENTRETIENS.....	147
3.3 DISCUSSION	164
CHAPITRE 4 CONCLUSIONS DE L’ETUDE	168
4.1 INTERET D’ASSOCIER CES DEUX MODES DE RECUEILS DE DONNEES.....	168
4.2 UN OUTIL DE SENSIBILISATION	168
4.3 UNE ETUDE INSCRITE DANS LA TEMPORALITE DU SERVICE	169
4.4 DES OBJECTIFS ATTEINTS MAIS DES OUTILS ENCORE PERFECTIBLES.....	169
4.5 IDEES POUR AMELIORER LA VALIDITE EXTERNE DE CETTE ETUDE	170

<u>PARTIE 5 : PROPOSITIONS POUR SENSIBILISER ET PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE DANS UN SERVICE DE SECTEUR PSYCHIATRIQUE.....</u>	<u>171</u>
CHAPITRE 1 : DES INFORMATIONS CONCERNANT LA BIENTRAITANCE PLUS VISIBLES	172
1.1 UN ACCES FACILITE A L'INFORMATION.....	173
1.2 AMELIORER LA VISIBILITE DE LA BIBLIOTHEQUE MEDICALE DE L'HOPITAL PAUL GUIRAUD.....	174
1.3 ACCUEILLIR REGULIEREMENT DES INTERVENANTS EXTERIEURS	174
CHAPITRE 2 : UNE FORMATION INITIALE ANCRÉE DANS L'ETHIQUE, ADAPTEE AUX SPECIFICITES DE LA PSYCHIATRIE .	175
2.1 FORMATION DU PERSONNEL MEDICAL.....	175
2.2 FORMATION DU PERSONNEL PARAMEDICAL	176
CHAPITRE 3 : UNE FORMATION CONTINUE DIVERSIFIEE ET OUVERTE A TOUS	178
3.1 DES COURS AXES SUR LES SPECIFICITES DE LA MALADIE PSYCHIQUE.....	179
3.2 REUNION D'ANALYSE DES PRATIQUES.....	181
CHAPITRE 4 : DES LIEUX DE SOUTIENS INDIVIDUELS OU DE GROUPE	181
4.1 LES SUPERVISIONS	182
4.2 DES ESPACES DE SOUTIEN PSYCHIQUE ADAPTES A CHACUN.....	183
CHAPITRE 5 : UN PROJET DE SERVICE PLUS LISIBLE ORIENTE VERS LA BIENTRAITANCE.....	186
5.1 LA BIENTRAITANCE DEMANDE DU TEMPS	186
5.2 UN PROJET DE SERVICE INSCRIT DANS UNE DEMARCHE COLLECTIVE	187
5.3 MIEUX DEFINIR LES ROLES DE CHACUN DANS LA DEMARCHE DE PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE	187
5.4 REFLEXIONS AUTOUR DE LA PROTOCOLISATION DES SOINS	189
5.5 AIDER LES SOIGNANTS A DISTINGUER LES DIFFERENTES REUNIONS, LEUR CONTENU ET OBJECTIFS.....	192
5.6 MIEUX PRENDRE EN COMPTE LA FRAGILITE SOMATIQUE DES PATIENTS HOSPITALISEE	194
CHAPITRE 6 : DES INSTANCES VISANT LA BIENTRAITANCE DEFINIES ET VISIBLES	195
6.1 UNE INSTANCE DE REFLEXION ETHIQUE	196
6.2 DES INSTANCES PORTANT LA PAROLE DES USAGERS	201
6.3 LES EXPERTS D'EXPERIENCE	204
CHAPITRE 7 : ELEMENTS PROPRES A LA PSYCHIATRIE POUVANT FREINER LA DEMARCHE VERS LA BIENTRAITANCE....	205
7.1 UNE CERTAINE MEFIANCE PAR RAPPORT A UN EVENTUEL REGARD EXTERIEUR.....	206
7.2 UN PERSONNEL DEJA TRES SOLLICITE.....	207
 <u>CONCLUSION.....</u>	 <u>209</u>
 <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	 <u>212</u>
 <u>ANNEXES</u>	 <u>223</u>

Avertissement

Cette thèse est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

Liste des sigles et acronymes utilisés

ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
CATTP	Centre d'activité thérapeutique à temps partiel
CCNE	Comité consultatif national d'Ethique pour les Sciences de la vie et de la Santé
CDHP	Commission départementale des hospitalisations psychiatriques
CDU	Commission des usagers
CEMEA	Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMP	Centre médico-psychologique
CNAEMO	Carrefour national de l'action éducative en milieu ouvert
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CRRPSA	Centre ressource régional de Psychiatrie du sujet âgé
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSTS	Conseil supérieur du travail social
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPPSM	Evaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale
ESSMS	Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FORAP	Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HDJ	Hôpital de jour
MAS	Maison d'accueil spécialisée
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONVS	Observatoire national des violences en milieu de santé
PGV	Paul Guiraud Villejuif
PPSM	Plan Psychiatrie et Santé mentale
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
UNAFAM	Union national de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

Introduction

Ce n'est qu'une fois interne en psychiatrie que j'ai entendu *bienveillance* pour la première fois, un terme soulignant les aspects positifs de la pratique soignante aux antipodes de la répandue stigmatisation de la maltraitance dans le secteur psychiatrique. Une définition positive est tout de suite apparue plus intéressante qu'une double négation : non-maltraitance. Elle semble s'inscrire dans une approche des valeurs éthiques sous-tendant le soin plus aisée à expliquer et susceptible d'emporter plus facilement l'adhésion des professionnels. Toutefois, ce concept et les notions s'y rattachant semblaient peu clairs. Des échanges avec des collègues médecins ou soignants dans l'établissement ont confirmé l'impression initiale et fait naître le désir de clarifier et approfondir la question de la bienveillance.

Bien que sa portée soit universelle, la notion de bienveillance est apparue spécifiquement dans le contexte particulier de l'attention portée au traitement des personnes vulnérables, notamment la petite enfance, la gériatrie, les soins palliatifs. Devenue préoccupation nationale en matière de santé publique et alors que les usagers en santé mentale forme une population vulnérable, la bienveillance semble ne pas avoir été complètement appropriée par le personnel travaillant en psychiatrie.

Les recherches bibliographiques autour de la notion de bienveillance soulignent le faible nombre de documents portant sur la bienveillance en psychiatrie. La majorité des publications faisant référence à la bienveillance (consultées sur Cairn et PubMed) ont été publiées dans des revues de pédiatrie ou de gériatrie et concernent ces spécialités médicales. Au niveau national, l'ANESM a publié plusieurs recommandations de bonnes pratiques professionnelles traitant de la bienveillance et de questions associées (éthique, prévention de la maltraitance, promotion de la bienveillance dans des structures spécifiques – EPHAD, MAS...). Ces publications mettent en exergue l'importance du contexte politique, social, culture dans lequel toute démarche éthique est menée.

Cette étude commence par dresser un état de l'art des connaissances relatives à la bienveillance en psychiatrie : définitions de la bienveillance, de la maltraitance, de l'éthique, la morale, le droit, la déontologie et autres éléments pertinents. Cette étude souligne la place fondamentale

de ces notions dans les pratiques professionnelles en psychiatrie afin de faciliter la compréhension de la bientraitance et la mise en œuvre d'une démarche tendant vers cette dernière.

Pour mieux appréhender la place de la bientraitance en secteur psychiatrique, aborder l'histoire récente de la psychiatrie et les enjeux auxquels doit faire face le secteur et ses équipes semblait essentiel. Cette approche est complétée par l'analyse de la manière dont la bientraitance s'inscrit dans la politique de santé mentale et dans la législation encadrant la santé : une étude à la fois linguistique et du contenu de ces textes offre un éclairage supplémentaire au manque de visibilité de la bientraitance en psychiatrie. Par ailleurs, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et les outils proposés aux professionnels de psychiatrie pour les sensibiliser et promouvoir la bientraitance apportent des éléments complémentaires pour comprendre les obstacles actuels dans l'appropriation de ce concept par les professionnels.

Le savoir-être des professionnels, avec les usagers mais aussi au sein de l'équipe soignante, le relationnel, guidé par des valeurs éthiques, constituent une dimension essentielle du soin proposé à l'hôpital psychiatrique. Cette place centrale du personnel comme pivot combinée à l'absence de littérature sur les points de vue des soignants en psychiatrie sur la bientraitance nous ont conduits à nous intéresser à la perception de la bientraitance par ces derniers. L'enquête menée avait pour objectif principal de rendre compte à travers une évaluation quantitative et qualitative des points de vue des professionnels au sujet de la bientraitance et des difficultés potentiellement rencontrées dans sa mise en pratique quotidienne. S'agissant d'équipes souvent confrontées à des situations difficiles et soulevant un questionnement éthique, il semblait important dans la démarche de proposer des pistes de réflexion afin de les sensibiliser et promouvoir la bientraitance.

Enfin, sur la base de l'analyse des résultats de l'enquête, des textes orientant la politique en psychiatrie et en santé mentale, de la législation et des études antérieures sur la bientraitance, cette étude expose des propositions visant à sensibiliser le personnel du service et de l'établissement à la question de la bientraitance et l'aider à intégrer cette démarche à la pratique. Ces propositions sont nourries des éléments concrets recueillis auprès des professionnels afin d'ancrer ces dernières dans la réalité du terrain.

Partie 1 : La bientraitance, définitions et notions éthiques associées

La bientraitance et la maltraitance sont au centre de nombreuses publications ces dernières années par les organismes publics. En effet, ce thème s’inscrit depuis le 14 mars 2007 dans un plan de développement de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance. Les autorités sanitaires souhaitent améliorer la qualité des prises en charge et le bien-être des usagers en créant des référentiels et des outils pour les professionnels et les usagers de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance.

Il ne s’agit pas ici de retranscrire ces différents écrits mais de tenter d’en faire ressortir les points importants et en particuliers ceux concernant la bientraitance en milieu institutionnel psychiatrique.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et les autres outils publiés par l’ANESM, la FORAP et la HAS sont basés sur les réflexions de groupes de travail. Une partie du travail des experts sollicités dans le cadre de ces groupes de travail consistait en une revue de la littérature et avait pour but de définir de manière claire et lisible pour tous les concepts éthiques expliquant le concept de bientraitance. Ce travail, très complet et sur lequel nous nous sommes appuyés, concerne la bientraitance dans les soins.

Cette thèse porte sur un domaine particulier des soins : les soins dispensés en psychiatrie. Après avoir résumé les concepts principaux utiles pour mieux cerner notre sujet d’étude et de réflexion, nous nous efforcerons de montrer les enjeux de ces concepts appliqués en psychiatrie.

Chapitre 1 : Contexte de la création de ce néologisme récent

Le terme bientraitance naquit au milieu des années 90 dans le secteur de la petite enfance au sein d’un comité de pilotage de l’Opération pouponnière. Ce comité avait été créé par Simone Veil, alors ministre de la Santé. Elle avait été alertée sur les conditions d’accueil et de soins dans les pouponnières lors de la présentation du film *Enfants en pouponnière demandent assistance*. Marie-Jeanne Reichen, psychologue travaillant au sein du Bureau chargé de

l'Enfance et de la Famille, coordonna ce comité de pilotage pendant 25 ans et contribua beaucoup à son dynamisme. Janine Lévy, Danielle Rapoport et Geneviève Appell, membres du comité, œuvrèrent pour instaurer une rigueur et une ouverture d'esprit. Celles-ci permirent la mise en place de « principes d'action ».

Ainsi, l'objectif de ce comité, dont la longévité et la continuité furent exceptionnelles, était d'apporter une réflexion nouvelle et originale dans le renouvellement des pratiques dans le secteur de la petite enfance :

« Il s'agissait essentiellement d'impulser des supports de formation et de réflexion originaux, sur lesquels les professionnels pourraient conjuguer leurs efforts de renouvellement des pratiques, quelles que soient leur place et leurs responsabilités spécifiques : restant à l'écoute des enfants, confiants dans leurs potentialités comme dans le soutien des compétences parentales trop souvent inexplorées, disqualifiées, voire stigmatisées jusqu'ici. »

(Rapoport, 2011)

Ce terme apparut donc suite à une concertation des membres du comité sur la nécessité d'ancrer les pratiques soignantes dans une théorie du soin centrée sur l'éthique.

Le terme de bientraitance fut par la suite rapidement repris dans d'autres secteurs du champ médico-social et en particulier dans ceux accueillant des personnes vulnérables. Dans l'ordre chronologique, les services accueillant des personnes âgées puis les services de soins palliatifs et enfin les autres structures médico-sociales débutèrent un processus de réflexion autour de cette thématique.

« Bientôt, par-delà la poursuite nécessaire et toujours actuelle de l'éradication des maltraitances de l'enfant, le terme de bien-traitance allait très rapidement dépasser le cadre spécifique de l'aide sociale à l'enfance, « car la "bien-traitance" des plus vulnérables d'entre les siens est l'enjeu d'une société toute entière, un enjeu d'humanité ». Ainsi, dès 1997, Marie-Jeanne Reichen, en inscrivant pour la première fois ce terme dans l'écriture de notre langue avec ce trait d'union qui ne cesse d'interroger, en posait l'ampleur de l'engagement qu'il sous-tend. »

(Rapoport, 2011)

La promotion de la bientraitance, à travers des mesures et des propositions faisant appel au versant positif du soin à la personne, permet aussi d'aborder une question sous-jacente : la maltraitance, avec un intérêt accru pour celle survenant, ou risquant de survenir, en institution. La prévention de la maltraitance était en effet au centre des préoccupations du secteur médical et médico-social depuis quelques années. Cette nouvelle manière, moins moralisatrice, était parfois mieux acceptée par les professionnels.

Chapitre 2 : La bientraitance

2.1 Définition actuelle de l'ANESM

La définition qui semble le plus faire consensus à l'heure actuelle est celle proposée par l'ANESM. Nous la présentons donc ici :

« La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance. Elle ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. La bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein d'une structure donnée qu'au terme d'échanges continus entre tous les acteurs. »

(ANESM, 2008b)

Cette définition laisse entrevoir toute la complexité du terme.

En effet, la bientraitance est un concept qui ne peut être défini de manière intemporelle ou sans prendre en compte le contexte : lieu, cadre historique, social, culturel. Cette définition est donc complétée dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées en 2008 par l'ANESM ainsi :

« La bientraitance s'inscrit dans les conceptions d'une société spécifique, à un moment donné du temps. Il appartient à chaque équipe de professionnels, en lien avec les usagers, d'en déterminer les contours et les modalités de mise en œuvre dans le cadre du projet de service et d'établissement, faute de quoi la démarche perdrait de sa dynamique et de son sens. »

(ANESM, 2008b)

Cette définition complexe de la bientraitance est en constante évolution, les limites du concept sont encore floues. Ce flou s'explique par la nécessité de définir la bientraitance dans un contexte spécifique. La bientraitance doit donc être pensée et définie dans un projet de service spécifique à chaque service après une consultation et des échanges entre tous les acteurs concernés : institutions, professionnels, usagers, familles et proches des usagers, associations d'utilisateurs... Cependant, pour que la bientraitance garde un sens et vise le « bien » au sens moral, il doit exister un socle solide de valeurs éthiques partagées par tous et étant au centre de toute réflexion ou action dans le cadre de la bientraitance. Nous détaillerons par la suite ces notions.

2.2 Le sens du trait d'union dans l'orthographe originelle de bientraitance

Le terme bientraitance, avant d'être orthographié comme il l'est aujourd'hui, comportait un trait d'union reliant « bien » et « traitance ». Cette orthographe, mûrement réfléchie et voulue par ses concepteurs, avait pour but de souligner la complexité du terme et d'éviter le risque de le réduire à un simple opposé de la maltraitance.

« Bien-traitance : ce trait d'union, signe du lien, n'est pas un hasard. Outre sa dimension symbolique très forte pour les professionnels concernés par l'enfant et ses parents, il relie entre eux des courants pluridisciplinaires souvent dispersés, réunit et redynamise des énergies en perte d'élan vital ou trop isolées. De plus, écrire "bientraitance" en un seul mot prête souvent actuellement à confusion, induisant le risque d'une définition simplificatrice qui ferait de ce terme le simple contraire de la maltraitance, et place son concept dans l'axe du "bien" ou du "mal faire", alors qu'il n'en est rien. En fait, ce trait d'union porte en soi les conditions d'une pose réflexive féconde, et répond à une crainte justifiée : celle de voir cette démarche naissante devenir une sorte de label capable, comme par magie, d'exorciser violences et maltraitements de tous ordres. »

(Rapaport, 2011)

En effet, malgré la forte résonance pour chacun d'entre nous entre bientraitance et maltraitance, la bientraitance n'est pas seulement le contraire de la maltraitance et ne peut se résumer à l'absence de maltraitance ou la prévention de cette dernière. La bientraitance met l'accent sur l'envie de bien faire présente chez la grande majorité des personnes. Elle donne également des outils théoriques et pratiques pour améliorer le savoir-faire et savoir-être des professionnels de santé. Ce faisant, la bientraitance permet aux professionnels de mieux s'inscrire dans une démarche visant à la fois le bon soin et le bien être des usagers en tenant compte de leurs besoins propres.

2.3 Un mot français sans équivalent dans la littérature anglo-saxonne

La bientraitance est un mot absent du dictionnaire français. Elle n'a également pas d'équivalent exact en anglais : les expressions les plus proches sont *good care* ou *good practice* mais ces dernières peuvent sembler simplistes et ne laissent pas entrevoir la complexité de la démarche éthique permettant d'établir des bonnes pratiques.

« « Bientraitance » ne figure pas dans les dictionnaires. Pire, le mot n'est pas pour l'instant traduisible en anglo-américain. « Good care » ou « good practice ». Mais, ceux-ci paraissent trop réducteurs et peuvent traduire le concept que voudrait exprimer le mot « bientraitance ». Bientraitance a été créé pour

ne pas limiter un certain art du soin, de l'assistance et de l'accompagnement à une simple suite de bonnes pratiques et de technique, ni au plus difficile évitement des maltraitements. »

(Moulias et al, 2010)

D'autres auteurs s'interrogent sur une traduction plus littérale du terme bienveillance. Le *well-being*, qui correspond à la notion de *wellness*, ne paraît pas non plus satisfaisant car la bienveillance suggère l'idée d'une action d'un sujet sur un autre sujet alors que le *well-being* correspond davantage au bien-être. En effet, il est défini comme « un état physique et psychique de l'homme qui lui donne le sentiment d'être satisfait dans un environnement donné ».

Ainsi la bienveillance se différencie des termes existants dans la littérature anglo-saxonne en ayant un aspect double : il s'agit à la fois de créer un contexte et une culture propices au bien-être et au « bon » soin et d'agir en gardant à l'esprit le souci éthique.

2.4 La bienveillance et la promotion de ses valeurs : une préoccupation nationale

Comme nous l'avons souligné, différentes publications visant à sensibiliser à la bienveillance dans les établissements médicaux et médico-sociaux ont été publiées et sont accessibles sur les sites internet de nombreux organismes intervenant dans le champ médico-social : l'ANESM, la FORAP, la HAS.

Ces organismes, visant à organiser et réguler l'offre de soins en France, participent à la réflexion et à la sensibilisation à la bienveillance dans un contexte social et juridique donné. En effet, il existe actuellement en France et au niveau international une ambiance favorable à la protection des personnes vulnérables. Ainsi, les droits des patients et le respect de la dignité sont au centre de réflexions citoyennes et de lois encadrant la politique de santé en France.

« La recommandation de l'ANESM sur la bienveillance a une ambition: celle de traduire la vision de trois grands textes récents porteurs d'un projet de bienveillance envers l'utilisateur – la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et la loi de 2007 réformant la protection de l'enfance. Cette recommandation a donc une vocation de médiation entre des textes de loi novateurs d'une part, et d'autre part les projets institutionnels et les pratiques professionnelles concrètes qui pourront les incarner au quotidien. »

(ANESM, 2008b)

Nous reviendrons par la suite sur les liens entre politique, droit et promotion de la bienveillance dans le domaine psychiatrique.

Dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant l'éthique dans les établissements et services médicaux et médico-sociaux publiées en 2010 par l'ANESM, les autorités sanitaires mettent en avant la nécessité, pour promouvoir la bientraitance et prévenir la maltraitance de manière efficace, de mieux expliquer les notions éthiques entourant ces concepts et de mettre en place des espaces de réflexion dans chaque ESMMS:

« Les équipes disposaient déjà de la recommandation élaborée par l'ANESM sur la bientraitance. Dans le prolongement de cette démarche, l'Agence et les professionnels qui y sont associés, ont considéré qu'il était important que les établissements et services s'assurent de la disponibilité d'un espace permettant d'intégrer la réflexion éthique dans la pratique, au bénéfice de la personne accompagnée. »
(ANESM, 2010c)

La protection des personnes vulnérables, leur bien-être et l'amélioration des soins qui leur sont proposés sont devenus un enjeu de santé publique. Les publications produites ont donc pour objectif principal la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance des personnes vulnérables. Certaines concernent des populations vulnérables spécifiques : personnes âgées, personnes hospitalisées en EPHAD, mineurs pris en charge dans des établissements à mission sociale. A ce jour, il n'existe pas de publication spécifique pour promouvoir la bientraitance en psychiatrie.

Il apparaît donc que, au vu du choix des thèmes plus spécifiques abordés, du point de vue des autorités sanitaires, il existe une priorité à promouvoir la bientraitance dans les établissements accueillant des personnes âgées ou des enfants. Ce choix peut être compris de différentes manières : l'urgence de l'action dans le champ de la gériatrie et de l'enfance avec une situation moins urgente dans le champ du handicap psychique ou physique, ou un choix guidé par la politique de santé en France encore fortement imprégnée par une importante stigmatisation du handicap, notamment psychique.

Chapitre 3 : La maltraitance

3.1 Définition de la maltraitance

Il existe plusieurs définitions de la maltraitance, plus ou moins complètes. Nous avons retenu la définition de la maltraitance adoptée par le Conseil de l'Europe en 1987 et largement admise dans la littérature sur le sujet. Le Conseil de l'Europe a défini la maltraitance comme une violence se caractérisant « par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte

à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ».

Dans le domaine du soin, deux formes principales de maltraitance sont à distinguer : la maltraitance par excès de soin – *abuse* en anglais – et la maltraitance par omission de soin, traduit en anglais par *neglect*.

Trois facteurs distinctifs permettent de différencier la maltraitance de la violence :

- La vulnérabilité de la personne et la dissymétrie entre auteur et victime de la situation. La vulnérabilité ou personne vulnérable sont des termes fréquemment employés dans les textes de lois, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles... Ces termes ont donc besoin d'être définis. Une personne vulnérable fait référence à toute personne qui a besoin pour mener une existence normale et accomplir les actes de la vie quotidienne de l'intervention d'un tiers.
- Le lien de dépendance entre la victime et l'auteur de la maltraitance.
- L'abus de pouvoir.

Un autre point important est la distinction entre la maltraitance volontaire avec volonté de nuire et celle involontaire souvent en lien avec un manque de formation qui peut se traduire soit dans le savoir-faire (technique de soin) soit dans le savoir-être (relation avec la personne soignée).

L'ANESM ressentit le besoin de compléter cette définition, ce qu'elle fit dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles de décembre 2008 intitulée « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance ». Elle y souligna le rôle central de l'encadrement et le risque majoré de maltraitance dans les institutions prenant en charge une population spécifique et vulnérable :

« La maltraitance sous toutes ses formes représente l'atteinte la plus grave à la dignité des personnes accueillies.

[...]

La maltraitance n'est pas un risque hypothétique et lointain mais bien un risque incontournable, lié aux pratiques de tous les professionnels au contact des personnes vulnérables, quel que soit leur métier.

[...]

Le regroupement de populations vulnérables au sein d'un établissement génère de facto un risque de maltraitance supplémentaire ; la logique institutionnelle et l'éloignement de la vie « ordinaire » peuvent faciliter les rapports de domination, voire de violence, entre des professionnels en capacité de maîtriser la situation et des usagers en position de dépendance. »

(ANESM, 2008c)

3.2 Facteurs de risque de maltraitance en psychiatrie

La littérature scientifique comporte de nombreux articles ayant pour sujet la maltraitance. De nombreuses études contribuèrent à recenser les facteurs de risque de la maltraitance dans le soin. Ces derniers furent déterminés suite à des travaux de recherche menés dans des établissements et services médicaux et médico-sociaux : ils semblent aujourd'hui bien définis.

La plupart des enquêtes et évaluations ayant pour sujet l'identification de risque de maltraitance eurent lieu dans des établissements du champ sanitaire et social dont les patients sont considérés comme vulnérables. Elles se déroulèrent dans des services de gériatrie de centres hospitaliers, des services de soins de long séjour, de soins palliatifs... mais peu se sont déroulées en psychiatrie. Nous n'avons trouvé dans la littérature aucune étude sur les facteurs de risque de maltraitance menée dans un service d'hospitalisation à temps plein de secteur psychiatrique.

Cependant, des études récentes montrèrent l'intérêt grandissant pour les spécificités éventuelles de risques de maltraitements liés à la prise en charge d'autres catégories d'usagers vulnérables : les enfants et les adolescents avec des études dans les centres socio-éducatifs et les soins intensifs pédiatriques. La grande vulnérabilité de la population hospitalisée en psychiatrie est depuis peu reconnue. Nous reviendrons sur cet aspect lorsque nous évoquerons la reconnaissance du handicap psychique. Les facteurs de risque de maltraitance en psychiatrie sont nombreux et complexes. Certains sont communs avec le reste des services de soin ; d'autres semblent plus spécifiques ou majorés en psychiatrie. Les services d'hospitalisation de psychiatrie de secteur étant souvent des structures fermées, le risque y est amplifié.

En effet, les caractéristiques des usagers de psychiatrie, des pathologies psychiques traitées ainsi que les bouleversements actuels dans le management des structures d'accueil psychiatrique constituent des facteurs de risque de maltraitance.

Nous les développerons ci-après.

3.2.1 Facteurs de risque liés aux caractéristiques des usagers

A l'heure actuelle, moins de 15 % des patients suivis dans les structures publiques de soins psychiatriques nécessiteront une prise en charge en hospitalisation à temps plein dans une unité de secteur psychiatrique. Ce sont donc les personnes souffrant de pathologies psychiques lourdes, invalidantes et pouvant présenter des décompensations aiguës graves qui sont accueillies dans ces services.

Les pathologies rencontrées sont variées mais ont souvent en commun quelques caractéristiques pouvant rendre le « prendre soin » de ces patients plus difficiles psychiquement pour les professionnels :

- Des pathologies psychiques souvent chroniques avec plusieurs profils d'évolution : évolution déficitaire avec aggravation d'une dépendance aux soignants médicaux et au personnel social, évolution cyclique avec rechutes fréquentes (troubles addictifs avec ou sans substance, troubles de l'humeur chroniques) pouvant donner l'impression au personnel d'une mise en échec du soin. De plus, l'incapacité d'une partie des patients à adhérer aux soins et à reconnaître le besoin de ces derniers peut renvoyer les soignants à des conflits psychiques internes et induire ou majorer des sentiments de culpabilité ou de honte à ne pas pouvoir les soigner.
- Des états aigus qui peuvent susciter diverses émotions de la part des soignants : crise suicidaire avec crainte par les soignants d'un passage à l'acte auto-agressif au sein du service, état de forte agitation psychomotrice avec agressivité dans un contexte de décompensation maniaque d'un trouble bipolaire ou d'une bouffée délirante aiguë pouvant entraîner la peur des soignants. Ce sentiment de peur peut être majoré par l'état psychique personnel du soignant mais aussi par l'ambiance dans le service. En effet, l'atmosphère dans un service de secteur est souvent labile car celle-ci entre en résonance avec l'état psychique du groupe de patients ou avec celui de l'équipe ou encore avec l'interaction des deux.
- Des patients hospitalisés qui souffrent de pathologies souvent associées à une forte stigmatisation par la société. Cette stigmatisation ne s'arrête pas aux portes de l'hôpital et peut exister de manière plus ou moins consciente de la part de certains membres du personnel soignant. Ces a priori et les jugements négatifs semblent plus marqués à l'égard de patients présentant des troubles addictifs, de patients avec des traits de personnalité hystériques ou psychopathiques... Les idées reçues sont nombreuses et s'expriment à travers des comportements variés : jugement moral sur des troubles du comportement (incurie, sthénicité) ou sur la volonté d'être aidés et de guérir des patients, projection de leurs propres ressentis face à certains troubles psychiques sur la personne prise en charge (honte, culpabilité...). Ces représentations négatives peuvent agir sur la relation soignant-soigné de manière défavorable et entraîner des contre-attitudes ou des comportements parfois maltraitants ou non-bienveillants de la part des soignants.

- Des situations sociales complexes et difficiles sont fréquentes en psychiatrie du fait de la vulnérabilité des personnes en souffrance psychique. Ces situations nécessitent une prise en charge sociale régulière et s'inscrivent dans une temporalité souvent plus longue que les soins psychiques en eux-mêmes. Cette réalité peut donner l'impression au personnel médical et paramédical que le social prend le pas sur les soins psychiatriques à proprement parler et engendrer des ressentis négatifs. Les exemples sont nombreux : patient dont le domicile est devenu insalubre et qui doit être réhabilité, mesure de protection qui soit se mettre en place...

3.2.2 Facteurs de risque liés au cadre de vie des usagers et au cadre de travail des professionnels

Le cadre de vie lors des hospitalisations doit être, dans la mesure du possible, adapté aux besoins des usagers qui, du fait de leur pathologie psychiatrique, peuvent différer d'un service somatique classique.

De nombreuses structures d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie sont peu adaptées pour accueillir des patients en état aigu. En effet, souvent, l'architecture des unités n'a pas été imaginée pour faire face à ce type de prise en charge : espace de vie commun trop exigü avec impossibilité pour un patient qui a besoin de calme de s'isoler du groupe ou au contraire avec un espace de vie peu contenant du fait de son ouverture sur l'extérieur (baies vitrées, taille de l'espace, pas de recoin).

Parfois la disposition architecturale rend la surveillance des patients difficile. Ainsi, un service réparti sur deux étages avec un effectif minimum de 2 personnes ou encore une chambre d'isolement éloignée de la salle de soin rend une surveillance adéquate des patients presque impossible.

L'architecture ou l'organisation des soins de manière isolée ne sont pas toujours causes de risque de maltraitance. Plus fréquemment, il s'agit d'une inadéquation entre les besoins nécessaires au bien-être et au bon soin des personnes accueillies et les moyens disponibles.

« La non-adaptation est une cause importante de la maltraitance. Cette non-adaptation peut être à la fois « l'inadéquation des réponses aux besoins », mais aussi l'inadaptation des locaux ou de l'organisation au rythme de la personne, tel que le décrit le rapport du Sénat, ainsi que bien d'autres auteurs. La non-adaptation conduirait inévitablement à la maltraitance : « la maltraitance de l'organisation soignante non adaptée à la personne accueillie conduit à majorer les angoisses et à promouvoir des effets traumatiques ».

Le manque de moyens ainsi que les spécificités du milieu professionnel sont d'autres facteurs cités : « la confrontation perpétuelle à la vieillesse et à l'image négative de la personne âgée [...] peuvent contribuer à des attitudes déshumanisantes de la part du personnel», « le travail [est] empreint d'affectivité, les personnes âgées restent longtemps dans le service, les équipes sont confrontées continuellement à la mort ».

Les conditions de travail, la pénibilité ou encore la routine sont auteurs de facteurs que l'on retrouve dans la littérature. Différents auteurs tels que Chrystel Terreau, Michel Bauer, ou encore Robert Moulias soutiennent cet argument. Conséquence de cet ensemble de facteurs, le burn-out est lui aussi très souvent cité. »

(ANESM, 2008a)

Dans les publications de l'ANESM, les articles cités dans la bibliographie de la revue de la littérature de 2008 concernent majoritairement les services de gériatrie et, dans les publications plus récentes, la prise en charge sociale, médicale et éducative des enfants. La bientraitance ainsi que le risque de maltraitance en lien avec les spécificités de la psychiatrie ne sont pas ou peu abordés. Ceci peut être expliqué par le peu d'articles concernant la bientraitance en psychiatrie. De nombreuses difficultés rencontrées dans les prises en charge en gériatrie (chronicité, forte dépendance, forte charge émotionnelle) nous semblent être transposables aux difficultés existants en psychiatrie notamment à celles présentes dans les services d'hospitalisation de psychiatrie de secteur. Ainsi, certains articles cités soulèvent la question de la difficulté de recruter et garder un personnel qualifié dans les services. Selon nous, une partie des conclusions issues de ces articles peut aussi s'appliquer à la psychiatrie : il existe un manque d'attractivité pour les professions paramédicales en unité de secteur. Ceci peut être en lien avec plusieurs facteurs :

- Le manque de valorisation du travail de *care* effectué au quotidien par les soignants en psychiatrie.
- La crainte que suscite le secteur psychiatrique, ce lieu de soin étant souvent encore assimilé à un « asile » destiné à des personnes prises en charge du fait de leur « folie ». La « folie » désormais appelée santé mentale est un domaine souvent abstrait pour les soignants avant de travailler dans un service psychiatrique et souvent source de peur: La peur de la violence ou encore de l'idée d'être « contaminé » par la folie des patients sont des obstacles au recrutement.
- Le manque de formation initiale pour préparer les jeunes diplômés aux spécificités du soin en secteur psychiatrique. La formation actuelle des professions paramédicales consacre peu de temps à la psychiatrie. Ainsi, la thérapie institutionnelle ou encore les

concepts de transfert et contre-transfert basés sur des notions psychanalytiques importantes pour appréhender le soin et le lien à l'autre en psychiatrie sont peu abordés. Il en résulte des lacunes concernant la clinique et les concepts nécessaires pour une « bonne » pratique. Ainsi, les soignants débutant leur travail en psychiatrie n'ont souvent pas les outils nécessaires pour faire face à des situations cliniques complexes.

« Sophie Noel et Minouche Saber posent le problème du recrutement et de la formation des personnels : « L'absence de valorisation de la mission soignante en gériatrie entraîne un manque de candidature de personnels qualifiés : infirmières, aides-soignantes en particulier. L'embauche de personnel non qualifié comble ce déficit mais pose le problème du manque de connaissance de la mission soignante et plus encore de la spécificité de la personne âgée ». Ce problème de sous-qualification des professionnels est soulevé par bien d'autres auteurs. »

(ANESM, 2008a)

3.2.3 Facteur de risque liés à l'institution

L'institution peut constituer un facteur de risque de maltraitance par son organisation et le management qui y est pratiqué. Ainsi, de nombreuses études ayant pour sujet la maltraitance en établissements de santé ou médico-sociaux relèvent des abus ou des manquements organisationnels engendrant un non-respect de la personne hospitalisée et de ses droits fondamentaux : absence d'espace de parole et de réflexion éthique, absence de dispositif de signalement des faits pouvant relever de la maltraitance, absence de mesures disciplinaires en cas de faute avérée, non-respect de la liberté d'aller et venir.

Ainsi, les violences institutionnelles sont définies par Tomkiewicz comme « toute action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action qui cause au patient une souffrance physique ou psychologique inutile » (Tomkiewicz, 2001).

Les institutions jouent un rôle central pour réguler la violence interne innée à l'organisation des soins et à la qualité de vie au travail de ses employés. La bientraitance des usagers requiert donc de porter un soin particulier au management des équipes soignantes.

« L'institution a son rôle à jouer et peut elle aussi à son tour devenir potentiellement violente. Autrement dit, comment garantir une qualité relationnelle avec l'autre si les charges de travail sont insupportables. C'est le phénomène de la double contrainte décrit par G. Bateson. Pascal Prayez l'atteste clairement : « Être amené à travailler à la chaîne sur un grand nombre de malades, être poussé à se "blinder" pour ne pas souffrir, c'est injuste pour le professionnel qui, bien que se réfugiant lui-même dans cette asepsie émotionnelle, souffre de ce retrait » P. Prayez, Distance professionnelle et qualité du soin,... ». Il y a un

véritable paradoxe intenable pour le soignant. Je suis là pour aider l'autre, prendre soin de l'autre et je suis dans l'incapacité de réaliser cette mission pour lequel je suis payé. C'est dans ce cas que l'on peut parler de violence institutionnelle, dont nos politiques sont en grande partie responsables. Évelyne Bertin le pense fortement : « Problème, les hommes politiques n'iront pas passer leurs vieux jours dans un mouiroir. Ils auront droit à la vitrine mais la vitrine peut cacher une forêt d'horreur. » »

(Tregouet, 2006)

3.2.4 Facteurs de risques liés au contre-transfert individuel et institutionnel

Le soin en psychiatrie s'articule, encore plus que dans les autres spécialités médicales, autour de la relation entre la personne prise en charge et les personnes assurant celle-ci, soignants ou non. En effet, ce lien à l'autre existe à plusieurs niveaux : tout d'abord dans la relation duelle entre patient et professionnel mais aussi dans la relation entre le patient et l'équipe de l'unité et parfois même dans le rapport de celui-ci à l'institution.

En psychiatrie, transfert et contre-transfert, concepts fondamentaux issus de la psychanalyse sont essentiels pour comprendre comment le lien particulier qui se tisse entre les différents acteurs du soin peut, à la fois être utilisé comme outil thérapeutique et être à l'origine de risque de maltraitance.

Suivant les écrits de Freud et de Ferenczi, Roudinesco et Plon définissent le transfert comme « un processus constitutif de la cure psychanalytique par lequel les désirs inconscients de l'analysant concernant des objets extérieurs viennent se répéter, dans le cadre de la relation analytique, sur la personne de l'analyste mise en position de ces divers objets. » (Roudinesco et al, 2006).

Freud définit « le contre-transfert [comme] la réaction de l'analyste au transfert du malade ou bien le transfert de l'analyste sur le malade ». (Topçuoğlu, 2012). Freud précisa le concept du contre-transfert ainsi : « se produit suite aux conflits inconscients et non résolus de l'analyste » (ibid.).

De manière plus simple, le contre-transfert est défini par Topçuoğlu comme « la résultante des sentiments ou bien de la réaction qu'entraînent les affects provenant d'une part de l'analyste (de sa situation présente et passée) et de l'autre du malade » (ibid.)

Les concepts de transfert et contre-transfert, en mettant l'accent sur la dimension inconsciente des mouvements psychiques de part et d'autre, donnent une dimension supplémentaire aux relations humaines en psychiatrie. Ils inscrivent ces dernières comme partie intégrante de la thérapeutique proposée aux personnes souffrant de troubles psychiques.

Le contre-transfert est un concept permettant de nommer et d'offrir une explication à certains ressentis des soignants envers les patients dont les plus violents : haine, rejet de la part des soignants. C'est donc lors de la rencontre de l'autre que la souffrance de l'utilisateur peut faire écho à une souffrance propre à chaque soignant. Cette souffrance peut être liée au vécu, à l'histoire, aux croyances ou à la culture du soignant. Celui-ci peut ne pas en avoir conscience ou seulement une conscience partielle. La rencontre avec l'autre, en réveillant cette douleur sourde, est alors susceptible d'affecter le soignant et le conduire à développer des contre-attitudes ou comportements inadaptés. En effet, la violence de la rencontre et du contre-transfert avec la souffrance d'un autre trop semblable ou trop différent peut être telle qu'il devient difficile pour le soignant de faire la part entre ses propres affects et besoins et ceux du patient.

« Si le soin s'adresse manifestement au patient, au sujet handicapé, il s'adresse inconsciemment à un autre, objet de transfert, et l'acte de soin sera porteur d'un cortège de sentiments, d'émotions, d'affects qui concernent cet autre et qui chargeront ou infiltreront le lien au patient. Il y a là une source de violence potentielle, car une telle conjonction n'est bien sûr pas exempte d'ambivalence et de conflictualités de toutes sortes. Le désir de faire le bien à tout prix peut représenter un contre-investissement de désirs narcissiques tout autres. L'ambivalence, avec son pôle « négatif », inconscient, transparaîtra ainsi dans nombre de petites violences quotidiennes. »

(Ciccone, 20014)

De plus, de nombreux articles soulignent le risque d'épuisement professionnel chez les personnes travaillant dans le domaine de la santé. Ce risque serait majoré chez professionnels exerçant en santé mentale. Ceux-ci doivent en effet faire face à la souffrance des patients mais aussi aux spécificités des prises en charge en psychiatrie : les caractéristiques des patients et des maladies psychiques, les conditions de travail et le cadre de vie des usagers peuvent être source de souffrance pour les soignants. Dès le moment où elle n'est pas identifiée et verbalisée par les soignants, cette souffrance, liée aux difficultés du quotidien et à des relations thérapeutiques exigeantes psychiquement, peut faciliter la maltraitance au sein de l'institution. En effet, sans une élaboration de ces affects qui incluent haine, culpabilité ou encore honte, il existe un risque majoré de maltraitance ou de non-bienveillance.

« Par ailleurs, lorsque la situation clinique touche le soignant, le professionnel, à un endroit qui le concerne intimement, et sans qu'il soit conscient de la manière dont il est concerné, car sa douleur propre, son expérience propre est tue, recouverte – et c'est parfois pour maintenir dans le silence cette douleur qu'il est devenu soignant –, la réponse qu'il donnera au patient répondra davantage à son besoin propre, réveillé par le patient, qu'aux besoins du patient lui-même. Là est une source de violence. »

(Ciccone, 20014)

La conscience de l'existence de ces mouvements psychiques, mouvements faisant partie intégrante du soin en psychiatrie, n'est pas suffisante pour garantir un bon soin. Seule une vigilance personnelle peut aider chacun à percevoir ses affects et la souffrance que peut lui renvoyer une situation clinique. Cette vigilance ainsi que la verbalisation de la violence et de la souffrance vécues souvent intimement par le soignant peuvent libérer ce dernier de l'emprise de ses émotions et permettre une prise de distance par rapport à celles-ci.

« Et même si nous sommes parfaitement conscients des effets en nous de nos expériences propres, nous devons sans cesse redoubler de vigilance pour ne pas mettre du soi entre soi et l'autre, pour donner une réponse qui réponde à l'autre, non à soi. »

(Ciccione, 20014)

Il est donc nécessaire de créer des outils pour aider les professionnels travaillant au contact de patients souffrant de troubles psychiques à accéder et accepter l'ensemble de leurs ressentis.

Transfert et contre-transfert ont une place centrale dans les relations qui unissent soignants et soignés de manière individuelle mais aussi dans les relations des personnes hospitalisées avec l'institution. En effet, les mouvements transférentiels et contre-transférentiels ne se limitent pas aux relations duelles. Ces mouvements se retrouvent dans les investissements et projections du patient envers l'institution et peuvent engendrer des mouvements forts de l'institution envers le patient à travers des contre-attitudes de l'équipe soignante. On évoque alors le contre-transfert institutionnel. Ceci rejoint le concept de bouc émissaire que nous développerons dans les notions d'éthique.

Toutefois, ces concepts et leurs conséquences sont souvent méconnus par les professionnels par manque de connaissances, en particulier ceux n'ayant pas eu de formation suffisante en psychanalyse ou par manque de temps pour verbaliser et élaborer autour de leur ressentis.

« Admettre l'existence de mouvements émotionnels qui se produisent de manière discrète, les reconnaître, y réfléchir et suivre de près leur progression et les conséquences qu'ils ont à chaque pas du traitement, constitue un grand enrichissement pour le médecin et pour tous les intervenants. Ce sont là des éléments essentiels pour une pratique psychiatrique efficiente. »

(Topçuoğlu, 2012)

Nous verrons par la suite des propositions concrètes pour aider les soignants à gérer leurs mouvements contre-transférentiels individuels ou groupaux.

3.3 Démarches de prévention et de lutte contre la maltraitance

Les articles traitant de la prévention de la maltraitance sont relativement nombreux dans la littérature. Les points importants à mettre en place pour lutter contre la maltraitance sont :

- Avoir des procédures clairement définies,
- Instaurer un management approprié,
- Avoir des conditions de travail adaptées,
- Favoriser la communication et la réflexion,
- S'adapter aux usagers.

La circulaire du 20 février 2014 développe les orientations de la politique nationale relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS. Ainsi, elle développe les 4 axes prioritaires de cette politique :

- Améliorer la détection, la révélation, et le traitement des faits de maltraitance,
- Améliorer la connaissance du phénomène de la maltraitance,
- Renforcer le contrôle et l'accompagnement des établissements et services médico-sociaux,
- Développer une dynamique de bientraitance dans le secteur médico-social.

Cette circulaire souligne le rôle important de l'ARS et de l'ANESM dans la prévention et lutte contre la maltraitance. Elle préconise d'utiliser les publications et les questionnaires d'auto-évaluation élaborés par ces organismes. Les publications citées en rapport avec ce thème sont :

- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (ANESM, 2008a),
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (ANESM, 2008c),
- Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (ANESM, 2010b),
- Prévention, repérage et accompagnement de la souffrance psychique de la personne âgée (ANESM, 2014),
- Qualité de vie en Ehpad - 4 volets (ANESM, 2011-2012),
- Qualité de vie en MAS-FAM - 3 volets (ANESM, 2013-2014).

De plus, la circulaire souligne l'importance de les rendre accessibles à tous les professionnels travaillant avec des personnes âgées et des personnes handicapées. Nous souhaitons également

souligner que, malgré le fait que cette circulaire soit en rapport avec la prévention et la lutte contre la maltraitance des personnes vulnérables et qu'elle inclut le handicap psychique parmi les causes de vulnérabilité, aucun des dispositifs et outils de soutien proposés ne paraît réellement adapté aux structures d'hospitalisation à temps plein en secteur de psychiatrie.

La revue de la littérature de 2008 (ANESM, 2008a), sans être exhaustive, cite de nombreux auteurs s'étant impliqués dans la réflexion sur les démarches efficaces dans la prévention de la maltraitance et nous donne des pistes de réflexion supplémentaire sur ce thème.

Geneviève Marchalot (2003) propose « de reconnaître l'existence de dérives non intentionnelles et de ne jamais les banaliser ; de communiquer (avec le malade et la famille) ; de manager les équipes paramédicales (organisation du travail, l'aménagement des locaux et le choix des équipements, l'insuffisance professionnelle – trois propositions : la réunion clinique, l'organisation du travail en binôme infirmier/aide-soignant, l'évaluation des pratiques professionnelles) ; de sanctionner et accompagner les soignants ; de rappeler à l'ordre les malades ou leurs familles si besoin ; et enfin de soutenir l'encadrement. » (ANESM, 2008a)

Myriam Lagraula-Fabre (2006) « propose trois axes de prévention : l'information des usagers, la sensibilisation des professionnels et la vigilance des autorités de contrôle » (ANESM, 2008a).

Alice Casagrande (2007) insiste sur « le rôle primordial de l'encadrant qui doit favoriser l'autonomie de pensée du personnel, la culture du sens critique, tout en soutenant la présence d'un cadre sur le terrain ainsi que la présence de règles connues et appliquée de manière neutre par l'ensemble des professionnels » (ANESM, 2008a).

Robert Hugonot (2007) souhaite sensibiliser au fait que « la lutte contre toutes les formes d'exclusion doit être l'axe principal de la prévention des maltraitances » (ANESM, 2008a).

Chapitre 4 : Ethique, morale, droit, déontologie : définitions et liens avec la psychiatrie

Avant de détailler les notions éthiques qui sous-tendent la réflexion sur la bientraitance, il est important de définir l'éthique pour comprendre sa place centrale dans le concept de bientraitance. Toutefois, l'éthique ne se suffit pas à elle-même, elle s'articule avec les formes complémentaires de réflexions intervenant dans le soin : la morale, le droit et la déontologie. Nous allons donc souligner les liens et les différences entre ces notions.

4.1 L'éthique

La définition retenue par l'ANESM est celle de J.-J. Nillès prenant en compte des travaux d'Aristote, de P. Ricœur, A. Badiou, cabinet Socrates :

« L'éthique est une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées. Pour ce faire, l'éthique requiert de la part de l'individu la mise en œuvre des vertus, qui sont des dispositions à bien agir. »

(ANESM, circa 2009).

Nous avons souhaité la compléter par celle, plus nuancée, proposée par Dominique Grimaud, praticien hospitalo-universitaire d'anesthésie-réanimation, université de Nice Sophia-Antipolis, président de l'Espace éthique azuréen et membre du HCSP, dans la revue trimestrielle du HCSP :

« C'est une réflexion, une recherche sur les valeurs humaines : la vie, la mort, le respect de la personne, la liberté, la confidentialité...

Plus que de permettre de discerner entre le bien et le mal, elle amène à choisir entre plusieurs formes de bien, voire le moindre mal. Elle repose sur la réflexion, les qualités humaines et l'ouverture. Elle fait aussi progresser l'universalité et la sollicitude envers tout autre que soi (P. Ricoeur).

Elle est le fruit d'une réflexion collective, d'échanges et de débats. C'est une démarche active, qui peut et doit évoluer dans le temps.

Enfin, elle est rarement directive, elle est suggestive et surtout amène à formuler les questions de manière à permettre à chacun de trouver la réponse la mieux adaptée, dans une situation donnée, au respect et au bien-être de l'autre. »

(Grimaud, 2011).

La psychiatrie, comme toutes les branches de la médecine, a besoin de s'appuyer sur des repères éthiques pour « réguler » sa pratique mais aussi pour éviter de reproduire des atrocités commises dans un passé qui, rappelons-le, n'est pas si lointain. Nous reviendrons sur cet épisode sombre de la psychiatrie mais aussi sur les dérives possibles du soin non encadré par l'éthique dans le chapitre évoquant la psychiatrie de secteur.

4.2 La morale

Nous avons retenu la définition de J.Rawls de 1971 pour sa clarté permettant de souligner le rôle important du contexte social dans l'interprétation du terme :

« La morale se fonde sur une définition du bien et du mal et se traduit par des injonctions, des interdits, des prescriptions catégoriques. Elle renvoie à une culture, une histoire et à des traditions sociales. Elle

est un ensemble de règles destinées à assurer une vie en société harmonieuse et s'incarne collectivement pour les pays démocratiques dans « des institutions justes et des comportements raisonnables ». »

Les termes éthique et morale ont étymologiquement des signifiants proches : *ta éthé* (en grec, les mœurs) et *mores* (en latin, les coutumes). Cependant l'un s'inscrit dans le registre de l'impératif (la morale), l'autre du consultatif (l'éthique).

4.3 Le droit

Le droit peut être défini ainsi : ensemble des règles (législatives et réglementaires, nationales et très souvent européennes, écrites et jurisprudentielles) régissant la vie en société qui s'imposent à tous et qui définissent les droits et les responsabilités de chacun.

Cependant, il apparaît nécessaire de mener une démarche éthique dans les situations où le droit ne permet pas une prise de décision selon son seul prisme. Ainsi, dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant l'éthique dans les établissements et services médicaux et médico-sociaux, l'ANESM précise la complémentarité entre droit et éthique.

« L'éthique dépasse le droit pour en évaluer l'équité. Cela se traduit par le devoir d'obéissance, ou de résistance dans les situations dans lesquelles le droit comme justice formelle ne traduit pas le droit comme équité ou justice naturelle.

L'éthique aide à combler les vides juridiques par l'interprétation des textes (exemple : la sexualité en établissement).

L'éthique participe à l'interprétation du droit en situation (jurisprudence).

L'éthique cherche à résoudre les éventuels conflits internes du droit positif (exemple : le secret professionnel et le partage de l'information »

(ANESM, 2010c).

4.4 La déontologie

La définition communément admise de la déontologie est : ensemble des règles d'exercice d'une profession déterminée destinées à en organiser la pratique selon des normes, pour le bénéfice des usagers et de la profession elle-même.

La déontologie vise à structurer la relation professionnelle de façon normative et à réglementer un exercice professionnel, fondamentalement unique en son principe et extrêmement divers dans ses manifestations. Des normes de responsabilité, de comportement et de relation sont arrêtées, définies comme applicables à l'ensemble des professionnels.

La déontologie se distingue partiellement de l'éthique par deux points :

- ses objectifs ; en effet, pour la déontologie, les aspects liés à la protection de la profession peuvent prévaloir dans la détermination des règles.
- sa forme ; la déontologie est essentiellement basée sur des règles et n'implique pas systématiquement un questionnement ou une réflexion comme c'est le cas pour l'éthique.

En conclusion, il apparaît que, malgré de nombreuses similitudes pouvant être source de confusion, force est de noter une différence fondamentale entre les notions ainsi définies : alors que l'éthique revêt un caractère consultatif, déontologie, morale et droit indiquent des obligations.

« Il ne faut pas confondre éthique, législatif et déontologie. Si le législatif et le déontologique sont de l'ordre de l'obligation, l'éthique reste un espace de liberté en réfléchissant aux principes de la conduite.

(Moulias et al, 2000)»

(Bobet, 2007)

Chapitre 5 : Notions d'éthique permettant une meilleure compréhension de la bientraitance

Il est important de différencier la bientraitance d'autres notions présentes dans le concept de bientraitance. L'ANESM a mis en avant ces notions dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant la promotion de la bientraitance en 2008 et dans la revue de la littérature en lien avec ces recommandations. Par manque d'expertise en éthique, sujet complexe et d'une grande finesse, nous avons repris une partie des définitions proposées par les experts consultés tout en essayant de les résumer, les compléter si possible et les adapter à la spécificité de notre sujet.

5.1 La bienfaisance et la non-malfaisance

Le bien du patient a toujours été un principe essentiel guidant l'action médicale et la relation liant patient et médecin. Le principe de bienfaisance exige de considérer le bien et l'intérêt du patient avant toute autre considération.

Le rapport Belmont, publié en 1979 par le Département de la Santé, de l'éducation et des services sociaux des Etats-Unis, est souvent cité dans les articles ayant pour sujet l'éthique appliquée au domaine du soin. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM de 2008 utilisent la définition de la bienfaisance proposée par ce rapport :

« La notion de bienfaisance, citée dans le rapport Belmont de 1979, figure dans une réflexion concernant la protection des sujets humains dans le cadre de la recherche. Elle est l'un des trois principes éthiques considérés comme fondamentaux pour borner l'exercice de la recherche médicale (au même titre que le respect de la personne et la justice). La bienfaisance, définie dans ce rapport comme une « obligation » pour les professionnels de la recherche, est définie par deux règles générales: « (1) ne faites pas de tort ; et (2) maximisez les avantages et minimisez les dommages possibles ». De cette notion, il faut retenir l'idée d'une absence de tort faite à l'autre, d'une part, et surtout d'un équilibre à trouver au sein des pratiques entre ce qui apportera un bénéfice et ce qui causera du tort à l'utilisateur. » (ANESM, 2008b)

La non-malfaisance, obligation du soignant de ne pas nuire à son patient, est considérée comme un principe éthique fondamental. Ce principe est distinct de celui de bienfaisance du fait du risque de contradiction entre ces deux principes éthiques. Tous les principes éthiques se valent et doivent être pris en compte équitablement. Cependant, un conflit entre deux principes éthiques doit amener à une réflexion épistémologique qui vise à mesurer les conséquences d'une décision sur le bien-être du patient et la manière dont cette décision s'inscrit entre le Bien et le Mal.

En psychiatrie, pour protéger une personne rendue vulnérable par un état aigu d'une pathologie psychique, la privation de liberté, de fait dans de nombreux services d'hospitalisation à temps plein de secteur, peut être considérée comme un non-respect de l'autonomie de la personne. En effet, la décision médicale d'hospitaliser en service fermé ne prend pas en compte la volonté du malade en cas d'hospitalisation sous contrainte ni ne respecte le principe d'autonomie dans les hospitalisations en soins libres. Cependant, ces décisions, qui ne doivent jamais être banalisées, respectent les principes de bienfaisance et de non-malfaisance qui prévalent alors, plaçant le soin comme condition nécessaire au futur bien-être psychique du patient. C'est alors le cadre thérapeutique qui permet aux soignants de disposer des outils nécessaires au « bon » soin : surveillance régulière, aide à l'observance du traitement, entretiens infirmiers et médicaux fréquents mais aussi écoute active et attitude bienveillante. Ces éléments constituent autant d'outils qui favorisent l'alliance thérapeutique et l'amélioration clinique.

« Si nous devons respecter le principe éthique d'autonomie, l'acuité et la gravité d'une situation peuvent nous faire accorder un primat aux principes de bienfaisance et de non-malfaisance. » (Marciano et al., 2014)

5.2 La bienveillance

La bienveillance, bien que présente dans toutes les définitions de l'éthique, a du mal à être définie en tant que telle. Il s'agirait d'une manière d'être et de se soucier d'autrui conditionnant la rencontre dénuée de représentations négatives de l'Autre.

« La notion de bienveillance, plus récente dans sa déclinaison professionnelle, se situe au niveau de l'intention des professionnels. Elle consiste à aborder l'autre, le plus fragile, avec une attitude positive et avec le souci de faire le bien pour lui. En outre, parce qu'elle comporte la dimension de veille, cette notion revêt aussi bien un caractère individuel que collectif. De ce concept, il convient de retenir l'importance de l'intention envers l'autre, intention que viendront soutenir et expliciter le projet individuel d'accompagnement et le projet d'établissement et de service. »

(ANESM, 2008b)

5.3 Le respect et la dignité

5.3.1 La dignité selon Kant

Il existe plusieurs dimensions à la notion de *dignité* : philosophique, religieuse et juridique. L'ANESM, dans son élaboration d'une définition de la bientraitance dans le domaine du soin, résume les principes essentiels de la philosophie kantienne se rapportant à la dignité et la morale dans sa revue de la littérature 2008 :

« La réflexion kantienne sur la morale est également incontournable dans la réflexion sur la vocation de la bientraitance – à savoir permettre le respect inconditionnel de la dignité humaine. Ce concept se décline suivant trois points pertinents pour notre réflexion.

- La dignité est un concept applicable à tous les agents moraux, quel que soit leur mérite ; elle s'applique également à ceux qui sont attachés à des actions justes qu'à ceux qui commettent des actions indignes »

- La dignité s'oppose à la notion de prix marchand et donc de comparaison quantifiable entre les individus. Nul être humain ne mérite donc davantage le respect qu'un autre être humain.

- Cette dignité impose une attitude aux agents moraux : de traiter les êtres humains avec respect »

(ANESM, 2008a)

La dignité est un attribut de l'homme, une qualité intrinsèque de ce dernier. Elle appelle le respect, c'est-à-dire l'obligation d'avoir de la considération pour l'autre, de l'égard pour ce dernier.

« Admettre que l'homme est un être totalement inestimable à respecter absolument, ce n'est pas seulement le voir comme un individu dont la valeur passe tellement toute possibilité d'évaluation parce

qu'il est incomparable d'être unique en son genre, qu'il est absolument hors de prix et donc non commercialisable, à regarder comme un trésor et à garder précieusement à ce titre. Admettre que l'homme est un être totalement inestimable à respecter absolument, c'est aller jusqu'à récuser toute idée d'estimation à son propos, le respect cessant immédiatement d'être absolu s'il est le moindrement lié à une notion de valeur... Le respect devant se passer de toute justification pour être absolu, car le respect absolu est une considération indépendante de toute considération et une estime passant toute estimation. »

(Maisondieu, 2006)

5.3.2 Le respect de l'autre

Toute relation entre deux individus fait suite à une rencontre entre deux êtres, au départ étrangers l'un à l'autre. La rencontre permet donc la découverte d'un Autre que soi, avec l'ambivalence suivante : un Autre soi-même, doté des mêmes droits et devoirs, et un Autre différent de soi, car porteur de ses propres histoire, culture, système de valeurs mais aussi souffrances...

« En se référant à la pensée d'un grand philosophe du siècle dernier, Emmanuel Levinas, c'est dans la rencontre de l'Autre, dans le face à face avec l'Autre que s'instaure « l'expérience irréductible et ultime de la relation ». Cette relation au visage est d'emblée éthique et appelle ma responsabilité pour l'Autre. Il ne s'agit pas, nous dit Levinas, d'une relation de connaissance où l'on recherche une adéquation de l'objet, mais bien d'une ouverture à l'incontenable, à la pensée de l'Infini et de l'Inégal. »

(ANESM, 2008a)

Cependant, la rencontre de l'Autre n'est possible que s'il existe un respect de totalité de ce qui définit l'Autre tant sur le versant positif que négatif, tant sur le plan psychique que physique. Ce respect de l'intégrité du sujet implique de voir l'Autre tel qu'il est réellement et de l'accepter simultanément comme semblable et différent de soi. Il s'agit du principe de mêmeté et d'ipséité.

« Le respect est absolu ou il n'est pas. Toute « appréciation » préalable entraîne de facto une dépréciation, et l'autrui commence. Le regard porté sur lui atteint l'autre dans sa dignité dès lors qu'il se permet de l'évaluer en fonction de ses qualités et de ses défauts, pour cette seule raison qu'il le juge avant de lui accorder son estime. Chaque être humain peut ainsi se débarrasser instantanément de l'autre dont la présence l'indispose, et cela sans le tuer. Il lui suffit de ne plus le reconnaître comme un semblable. Ce faisant, il le réduit implicitement ou explicitement à ce qui fait sa différence. Aveugle à ce que lui et cet autre ont en commun, il ne voit plus que ce qui les distingue : sa maladie, son handicap, son âge, son sexe, son statut social, sa race, etc. »

(Maisondieu, 2010)

Dès la première rencontre, la bienveillance envers l'autre est une rigueur à s'imposer car celle-ci peut ne pas exister de manière innée. L'histoire du patient et/ou sa maladie précèdent souvent la rencontre et peuvent induire des pensées positives ou négatives qui risquent d'être projetées sur l'Autre et masquer une part de l'identité de celui-ci. La rencontre de l'Autre est alors faussée voire impossible.

Dans la relation thérapeutique, avoir conscience de ce risque en percevant les mouvements psychiques pouvant précéder la rencontre est important. Comme nous l'avons vu, des éléments contre-transférentiels peuvent interférer dans les prises en charge en affectant la qualité du lien thérapeutique pourtant fondamental à un « bon » soin.

Un travail de réflexion personnel ou lors d'un travail en groupe répondant à certaines exigences éthiques peut faciliter cette prise de conscience. Une démarche intégrée dans le temps de travail des professionnels pour s'interroger sur ce que l'Autre peut leur faire vivre avant la première rencontre serait d'autant plus bénéfique qu'inscrite quotidiennement dans l'organisation des soins. Cette réflexion a pour objectif de nommer et d'élaborer autour des ressentis de chacun afin de mieux s'en détacher et permettre ainsi une vraie rencontre de l'Autre. La vigilance doit être constante afin de limiter certaines contre-attitudes ou comportements et œuvrer pour des relations thérapeutiques fortes. Ces dernières constituent une condition sine qua non à la construction d'une alliance thérapeutique.

En psychiatrie, la stigmatisation très largement répandue de la maladie mentale et ses conséquences sur les représentations inconscientes des professionnels de santé rendent ce travail sur soi-même encore plus important.

Notre société, où l'individualisme et le consumérisme tendent à se développer au détriment des relations humaines, induit une augmentation du risque d'exclusion et de rejet de l'autre.

Ainsi, les conséquences de l'évolution des valeurs prônées par la société a les conséquences suivantes : augmentation du non-respect de l'autre et diminution des relations humaines et humanisantes entre les êtres sont aussi des formes de maltraitance envers l'Autre. Maisondieu emploie un terme fort pour désigner cette maltraitance induite par l'organisation sociale et économique de la société : l'autruicide.

« Phénomène en expansion dans nos sociétés d'abondance, l'exclusion trouve elle aussi son origine dans un déni de fraternité collectif. Cet « autruicide » très actuel est responsable entre autres de troubles psycho-psychiatriques que j'ai décrit sous le nom de « syndrome d'exclusion »

(Maisondieu, 1997)

« Dans l'homicide, le meurtre ou le suicide, c'est un être humain qui est tué. Dans l'autruid, c'est l'autre qui est « tué » – chaque fois qu'un homme vient à en « déshumaniser » un autre, c'est-à-dire chaque fois que considérer l'autre comme un semblable devient une épreuve difficile à surmonter. »
(Maisondieu, 2010)

5.4 Le phénomène du bouc émissaire

Selon Lewin, le terme de bouc émissaire peut être défini ainsi:

« un terme qui a été emprunté à la Bible et qui est utilisé en psychologie des groupes, mais plus particulièrement en sociométrie, pour désigner une fonction ou un rôle particulier au sein d'un groupe ».
(Miermont, 2001)

Dans son ouvrage de 1982, Girard analyse le phénomène du bouc émissaire dans une collectivité comme une réponse inconsciente à une violence endémique générée par ses propres membres. Il a pour fonction de protéger le groupe en excluant la violence interne à ce groupe (endémique) vers l'extérieur de celui-ci.

Le phénomène de bouc émissaire, qu'il soit inscrit dans un schéma familial, sociétal ou institutionnel s'appuie sur un schéma complexe. Ce schéma fait intervenir d'une part le concept de mythes fondateurs de l'institution (mythes propres à chaque institution) avec la notion d'expiation d'une faute collective par le bouc émissaire (Girard, 1982) et d'autre part, le concept d'identification projective introduit par Mélanie Klein. L'association de ces deux concepts psychanalytiques nous aide à comprendre la manière dont le bouc émissaire peut être désigné dans un groupe. Ici, nous nous intéressons à cette dynamique dans une équipe soignante.

« En rassemblant les concepts de ces deux auteurs, nous pouvons formuler l'hypothèse qu'une institution de soins peut réagir comme une mini-société humaine, influencée tant par des mythes institutionnels que sociaux. Lors de moments de tensions, nous pouvons imaginer que l'agressivité du groupe, parties non désirables du self de l'institution, pourrait être dissociée et projetée sur un objet externe et/ou interne : le bouc émissaire. Celui-ci pourrait ensuite porter tout ou une partie des projections négatives. »
(Danniau et al., 2015)

Ce phénomène de bouc émissaire permet d'illustrer l'importance des manifestations de l'inconscient collectif : par des valeurs institutionnelles explicitement ou implicitement intégrées par les professionnels et des projections collectives inconscientes primaires. Ces représentations collectives non ou peu élaborées peuvent être des freins à la promotion de la bientraitance...

5.5 Le geste de la sollicitude comme geste éthique dans une relation asymétrique

« En suivant la pensée de Ricoeur, dans la relation entre le souffrant et l'aidant intervient la sollicitude comme vertu par laquelle l'inégalité de puissance est compensée par une authentique réciprocité de l'échange.

En effet, la relation entre professionnels et usagers se joue dans le rapport entre les notions d'autonomie et dépendance, qui ne constituent pas des réalités opposées :

- *Autonomie est la capacité ou droit qu'a une personne à choisir les règles de sa vie et les risques qu'elle est prête à courir.*

- *Dépendance est le fait qu'une personne n'effectue pas sans aide les activités de sa vie quotidienne.*

Dans la relation d'aide, la prise en compte de la dépendance, qui est une caractéristique de l'intervention auprès des personnes vulnérables, devrait rester ainsi au niveau des moyens et se donner comme objectif le développement de l'autonomie de la personne. Il s'agit donc d'affirmer l'enjeu d'un double processus de responsabilisation où, « être capable de répondre suppose cette capacité de dialogue fondée sur la reconnaissance de l'altérité et délogée de la volonté de maîtrise ». »

(ANESM, 2010a)

Le respect de l'autonomie de la personne est un enjeu important dans le soin. Il n'est plus question de faire à la place de la personne soignée mais bien de l'accompagner dans le soin. La démarche actuelle est de mettre fin à la relation asymétrique entre patient et soignant. Ainsi le paternalisme médical, avec une toute puissance ancrée dans un savoir unilatéral laisse place progressivement à une nouvelle manière de concevoir le soin. L'utilisateur devient un partenaire privilégié avec lequel il faut concevoir un projet de soins personnalisés. L'une des composantes de ce projet, à visée éducative, a pour objectif de fournir à l'utilisateur les outils nécessaires à l'acquisition d'un pouvoir décisionnaire propre concernant ses choix de vie.

La dissymétrie existant entre la position soignante et celle du soigné à l'hôpital psychiatrique est un constat lié à la vulnérabilité des uns par rapport aux autres dans ce contexte spécifique. Il serait utopique et irréaliste de penser que cette dissymétrie peut être complètement gommée. Cependant, la sollicitude permet d'atténuer les conséquences de cette dernière en accordant à l'autre une attention particulière empreinte de bienveillance et d'une prise en considération de ses besoins et aspirations.

« La notion de sollicitude, développée principalement par le philosophe Paul Ricoeur, consiste à adopter envers l'autre, au sein d'une relation dissymétrique, une attitude permettant de rétablir un équilibre plutôt que d'accentuer le déséquilibre. Incarnée dans un geste individuel, la sollicitude répond à une fragilité momentanée ou durable par une réponse singulière, soucieuse de l'unicité de l'autre et de sa vulnérabilité. Là où il ne peut toujours parvenir à réparer la différence de situations et l'écart de

possibilités, le geste de sollicitude vise en tout cas à instaurer une relation équilibrée et respectueuse de l'autre. »

(ANESM, 2008b)

L'*empowerement* est un terme anglo-saxon ayant des similitudes avec la démarche éthique de sollicitude. Il est utilisé de manière croissante dans les politiques de santé à l'étranger et commence à être adopté dans les textes français. L'*empowerement* vise à donner le pouvoir de choix et de décision aux personnes vulnérables dans les domaines qui les concernent. L'*empowerement* appliqué à l'hôpital aurait alors pour objectif d'établir une relation égalitaire entre tous les acteurs du soin : professionnels travaillant dans le champ médico-social et usagers. Cette évolution conduirait à une plus grande implication et participation des usagers aux réflexions et décisions concernant le soin.

5.6 Une institution « suffisamment bonne »

Winnicott, pédiatre et psychanalyste britannique, a travaillé sur les concepts psychanalytiques permettant de distinguer les différents types de liens d'attachement des enfants (sécure, angoissé, ambivalent, évitant ou désorganisé) et leur reproductibilité à l'âge adulte. Les soins prodigués par la mère dès le plus jeune âge du bébé sont au centre de cette réflexion. Winnicott a développé les notions de *holding*, *handling* et *caring*. Ces notions correspondent à des soins et à l'affect apportés par la mère. L'adéquation entre la qualité et la quantité de ces soins aux besoins de l'enfant influent sur sa capacité future à nouer des liens avec l'extérieur. La qualité des liens et la facilité avec lesquels l'enfant peut explorer la réalité en l'absence de la figure maternelle définissent le type d'attachement de l'enfant.

Ces notions ont permis à Winnicott de développer la théorie de l'attachement. Il existe des similitudes entre les soins prodigués par la mère à son enfant et les soins prodigués en service d'hospitalisation du secteur psychiatrique. Nous retrouvons dans les deux cas des fonctions de contenance et d'intermédiaire à la création de relations aux objets. Les théories institutionnelles que nous développerons par la suite s'inspirent des travaux de Winnicott dans leur manière de concevoir le soin psychiatrique.

Ainsi, le rôle d'une institution « suffisamment bonne » est de permettre au patient d'expérimenter ou de ré-expérimenter des manières d'entrer en relation avec l'objet primaire (la figure maternelle). L'institution psychiatrique peut ainsi permettre à la personne hospitalisée d'accéder à des états psychiques infantiles (régression psychique) dans un climat de confiance dans la mesure où celle-ci assure au mieux - sans être parfaite - les fonctions de *holding*,

handling et *caring*. L'accès à cet état régressé peut aider le sujet à reprendre son développement psychique et à organiser sa pensée.

« Une notion tirée de la psychanalyse peut également figurer parmi celles qui construisent le concept de bienveillance. Il s'agit de la notion de mère « suffisamment bonne » développée par le pédopsychiatre Donald Winnicott (Winnicott, 1969). Cette notion recouvre en effet une capacité d'adaptation de la mère et un prendre soin qui n'est pas défini de manière générale mais relève d'un ajustement à un enfant particulier, à un moment donné du temps. Cette notion ne signifie pas que la posture professionnelle de bienveillance s'apparente à une posture maternante. Mais parce qu'elle différencie la compétence maternelle d'une quelconque forme de perfection, ou encore d'une compétence abstraite et générale, elle est tout à fait appropriée pour contribuer à la définition de la posture bienveillante, posture d'ajustement à un usager singulier à un moment donné. »

(ANESM, 2008b)

5.7 L'éthique du *care*

Depuis une vingtaine d'années, dans les pays anglo-saxons, des travaux de réflexion morale, éthique et politique visant à réhabiliter la place de la sollicitude et l'attention à l'autre, notamment dans le soin, sont réunis dans l'éthique du *care*. Le terme *care* est très employé dans la littérature anglophone, mais n'a cependant pas de traduction exacte en français. Utilisé comme verbe, il désigne à la fois l'action de « prendre soin », « s'occuper de » mais, utilisé comme substantif, il peut aussi signifier « soins », « sollicitude », « concernement ».

« « Le prendre soin » relève d'activités de soutien, d'accompagnement à la vie pour la maintenir, la développer, la réparer. Le « prendre soin » gagne alors en pluralité ; les pratiques sont articulées à une double nécessité thérapeutique et éthique. »

(Brugère, 2014a)

Selon Joan Tronto, il s'agit d'une éthique du concret. Cette éthique du *care* souligne que l'éthique ne peut s'appliquer dans des conditions générales et qu'il est nécessaire de tenir compte du contexte global qui entoure chaque question éthique pour en donner une réponse concrète et éclairée :

« Il est une réponse pratique à des besoins spécifiques qui sont toujours ceux d'autres singuliers (qu'ils soient poches ou non), travail accompli tout autant dans la sphère privée que dans le public, engagement à ne traiter quiconque comme partie négligeable, sensibilité aux « détails » qui importent dans les situations vécues. »

(Paperman et al., 2006)

La différence principale entre éthique du *care* et bienveillance réside dans le fait que contrairement à cette dernière, la démarche réflexive dans le *care* n'implique pas d'actions concrètes. Comme nous l'avons vu, la bienveillance implique à la fois réflexion et action.

5.7.1 Des droits non identiques pour tous

D'après les droits de l'homme et du citoyen, nous sommes tous libres et égaux devant la loi. Mais la réalité diffère dans les faits : l'accès au droit n'est pas inné et tous ne connaissent pas leurs droits et la manière de les faire valoir. Cela est particulièrement vrai dans les populations vulnérables et notamment celles rencontrées en psychiatrie. L'éthique du *care* met l'accent sur la nécessité de favoriser l'accès au droit commun pour tous et ainsi de permettre à la loi de s'appliquer à tous.

« Alors que les droits des personnes sont affirmés, l'accès aux droits reste difficile, la reconnaissance formelle des droits de l'usager dans les lois et les discours n'entraîne pas toujours un changement de pratiques. De plus, un certain nombre de personnes ne font pas valoir leurs droits ; aussi la question du non-recours aux droits sociaux est-elle posée. Les différents exemples ont montré un non-recours contraint et un non-recours choisi. Or les non-recours ont des répercussions importantes ; ils sont notamment susceptibles d'augmenter les risques de précarisation et de désocialisation. »

(CSTS, 2015)

5.7.2 Place centrale de la notion de vulnérabilité universelle

D'après l'éthique du *care*, la vulnérabilité est un point commun à tous les êtres humains dans la mesure où tout homme est dépendant à un moment donné de sa vie des soins délivrés par un autre que lui-même.

Qu'il s'agisse de soins apportés par un parent à son enfant, des cours donnés par un professeur à un élève ou une toilette par une aide-soignante à un patient, ces soins « ordinaires » relèvent du *care*.

L'éthique du *care* met l'accent sur la nécessité de reconnaître sa propre vulnérabilité et celles des autres. Une prise de conscience générale de la vulnérabilité intrinsèque de l'être humain permettrait de donner une place plus centrale au *care* dans la société.

« L'éthique du care se réalise dans une attention aux autres qui vaut comme une réponse appropriée à des êtres dépendants dont le statut de sujet doit être pensé à travers la nécessité de la survie, du maintien de la vie ou du mieux-vivre. L'être humain n'est pas seulement un être rationnel ou un sujet de droits ; il est aussi une personne dont le déploiement de la puissance de vie peut être empêché. Nous

sommes souvent des êtres dépendants car fondamentalement vulnérables »

(Brugère, 2014b)

En dépit de l'affirmation juridique « tous naissent libres et égaux », certaines inégalités existent. Ainsi, des facteurs génétiques, environnementaux, sociaux... peuvent être source d'inégalités à la naissance ou au cours de l'existence de chaque personne. Certaines personnes ont donc des fragilités, des vulnérabilités et auront donc besoin davantage de *care* que d'autres pour « bien » vivre.

« Certaines vies sont plus vulnérables que d'autres et ont besoin à ce titre d'être protégées pour pouvoir se libérer ou s'exprimer. »

(Brugère, 2014b)

5.7.3 La place du *care* dans la société occidentale actuelle

Encore aujourd'hui, les activités du *care* sont majoritairement l'apanage des femmes. En effet, les qualités associées au *care* telles que la sollicitude, la patience, la douceur sont souvent considérées comme des attributs féminins. Aussi, les femmes occupent la plupart des emplois dans le domaine du *care*.

Ce rôle du *care* dévolu aux femmes et encore peu investi par les hommes expliquerait le peu de visibilité de l'éthique du *care* dans notre société. Notre société, dirigée majoritairement par des hommes, place ainsi des principes « masculins » au centre de leur politique, notamment l'éthique de justice.

De plus, les activités de *care* sont peu valorisées par notre société qui met en avant comme valeurs de réussite l'autonomie et l'indépendance. Les personnes effectuant le travail de *care* ont souvent une place à part, invisible pour ceux qui considèrent n'en avoir pas besoin ou prendre leur existence comme acquise. Les métiers du *care* (aide-soignant, auxiliaire de vie, aide médico-psychologique...) sont ainsi moins rémunérés à formation équivalente et moins reconnus au niveau social que d'autres corps de métiers dont les caractéristiques se rapprochent davantage des valeurs prônées par la société de consommation.

Chapitre 6 : Risques et limites du concept de bientraitance

La bientraitance, pour une grande majorité des professionnels de santé travaillant en psychiatrie, reste un concept complexe aux contours flous. Ce constat peut expliquer, du moins en partie, la difficulté pour une partie des soignants à s'intéresser aux travaux concernant la bientraitance et à s'interroger sur leur pratique de soin avec ce souci de l'éthique.

6.1 Bientraitance et tendance à la normalisation

La codification et la protocolisation des pratiques de soin font suite à une multiplication des publications dans lesquelles les démarches de bonnes pratiques professionnelles sont décrites avec exhaustivité. Ces outils permettant d'encadrer les pratiques et visant à lutter contre les dérives présentent malgré tout le risque de mener à une application des stratégies préconisées par les autorités de tutelle sans que celle-ci soit source d'une démarche sincère vers la bientraitance.

En effet, suivre un protocole établi par une instance extérieure empêche souvent une évaluation des besoins et des stratégies à proposer pour améliorer la bientraitance en tenant compte de toute la complexité d'une structure et des situations cliniques qui y sont rencontrées. Il semble important de rappeler que la bientraitance implique une démarche active de la part de l'ensemble du personnel. La phase de discussion et de réflexion pluridisciplinaire constitue un temps essentiel pour sensibiliser le personnel à la bientraitance. Cette phase est l'occasion de mieux définir des valeurs éthiques communes et de souligner l'histoire de l'établissement. Ses autres intérêts sont de permettre dans un premier temps de repérer les démarches pour la bientraitance déjà en place dans l'établissement ou dans certains services puis dans un deuxième temps, élaborer des propositions d'amélioration des pratiques et permettre l'investissement du plus grand nombre.

« Alors que la notion de prévention de la maltraitance reconnaît une forme de complexité et ouvre à la compréhension d'une conflictualité, le modèle positif de la bientraitance qui semble s'imposer quitte l'analyse des risques et sources de violences et/ou de maltraitance pour ancrer une construction plus impersonnelle à connotation normative. »

(Corbet, 2004)

6.2 Interrogations autour de la légitimité des textes en rapport avec la bientraitance

Les différentes recommandations de bonnes pratiques publiées par l'ANESM furent rédigées par des groupes de travail et des groupes de lecture composés de personnes qualifiées, professionnels et représentants des usagers en employant la méthodologie du consensus simple (ANESM, 2008a) .

Les qualités et les qualifications requises pour participer à ces réunions ne sont pas précisées dans les textes publiés par l'ANESM et peuvent amener à des interrogations quant à la légitimité des participants pour élaborer un texte encadrant les pratiques.

De plus, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, par leur forme, celui d'un référentiel codifié ne fait pas l'unanimité. Il a pu susciter de fortes réactions chez les professionnels de santé notamment en psychiatrie.

Se pose donc la question de la légitimité de ces textes pour élaborer un texte fédérateur et applicable à des structures médicales et médico-sociales accueillant des personnes vulnérables. Ce point est soulevé dans la revue de la littérature portant sur l'éthique dans les établissements médico et médico-sociaux publiée par l'ANESM en 2010 :

« L'appel à l'éthique par une réponse codifiée et formalisée dans un corpus interprofessionnel de références communes à une mission ne fait pas l'unanimité dans le paysage du travail social. Malgré les précautions prises à l'égard des possibles dérives corporatistes et normatives, des nombreuses voix s'élèvent pour questionner ce courant « codificateur ». Les interrogations ne se posent pas seulement au niveau de la pertinence d'un référentiel rigide, qui risquerait d'enfermer les pratiques. Des questions pratiques sont aussi soulevées concernant les auteurs légitimes d'un texte unique fédérant l'ensemble des acteurs sociaux, ainsi que la réelle capacité de ce texte de réunir des multiples secteurs et des fonctions différenciées. »

(ANESM, 2010a)

6.3 Risque d'instrumentalisation

La qualité des soins proposés par les structures médicales et médico-sociales est évaluée et fait partie des critères permettant la validation de la procédure de certification de cette structure. Les procédures de certification ont pour visée de contrôler la pratique professionnelle des établissements en veillant au respect des lois en vigueur et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

La procédure de certification menée par la HAS est un enjeu majeur pour les gestionnaires de ces établissements. En effet, la HAS peut leur délivrer ou non une habilitation à la poursuite des activités de soin, ou au contraire, émettre des réserves et exiger des améliorations dans les conditions d'hébergement, d'accueil, de soin...

Une réforme récente des thématiques abordées et évaluées lors de la certification a inscrit la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance dans les critères d'évaluation du respect des droits de patients.

Certains soulignent donc le risque de mettre en œuvre ces démarches de bientraitance uniquement dans le cadre des nouvelles exigences des autorités sanitaires et dans le but de répondre aux critères qualités des processus d'accréditation ou de certification. Ces démarches,

nées d'une réflexion commune pour la généralisation de la bientraitance, pourraient être détournées de leur objectif initial à des fins publicitaires. Autrement dit, cette démarche ne serait qu'une vitrine du soin dispensé, éloignée de la réalité du vécu des usagers et du personnel. Aussi, pour qu'une démarche soit véritablement orientée vers la bientraitance, sa mise en place implique qu'une décision ou mesure n'ait pas été déjà prise par l'administration et que la démarche éthique n'intervienne pas a posteriori, uniquement pour faire accepter plus facilement cette décision et éviter des conflits personnels ou sociaux.

Enfin, cette démarche ne doit pas être utilisée pour cacher d'éventuels dysfonctionnements institutionnels : manque de dynamisme des équipes, moyens insuffisants...

6.4 Confusion possible entre qualité et bientraitance

Le sens de la démarche de promotion de la bientraitance, en étant un thème soulevé par les autorités sanitaires chargées de l'évaluation des établissements et services médicaux et médico-sociaux, risque d'être confondu avec la mission plus globale de ces organismes : l'évaluation et le contrôle de la qualité des soins. Nous reviendrons sur ce point lorsque nous traiterons de la place accordée à la démarche de promotion de la bientraitance en psychiatrie.

« Or la confusion fréquente entre l'analyse du degré de satisfaction (à partir d'une qualité perçue) et un travail d'évaluation (à partir d'une appréciation co-construite d'écarts entre un projet initial et des constatations) a des conséquences directes sur la représentation des personnes : la satisfaction est le fait d'un client ; l'association de la personne concernée à l'évaluation en fait un partenaire. »

(CSTS, 2015)

6.5 Limites dans la reconnaissance de l'utilisateur en tant que « sujet »

Affirmer la place de sujet des personnes hospitalisées et préconiser l'évolution des pratiques pour mieux respecter leurs droits et améliorer la qualité des soins ne doivent pas faire oublier que sur le terrain, notamment en psychiatrie, des résistances existent. Ces résistances, liées à la place particulière de la psychiatrie dans la société et en médecine, impliquent que les changements des mentalités et des pratiques ne s'opèrent que doucement. L'histoire de la création du secteur psychiatrique, son évolution et son visage actuel sont autant d'éléments pour comprendre ces résistances. Tenir compte de la méfiance et de la crainte des professionnels quant aux évaluations et préconisations extérieures est primordial pour leur proposer des outils et une approche adaptés. Aussi, leur permettre de développer des stratégies pour dépasser leurs

difficultés à percevoir et accepter l'autre dans sa même et dans sa différence pour « en prendre soin » avec sollicitude est une démarche exigeante.

« L'équilibre entre l'affirmation universaliste des droits de l'Homme et du citoyen, d'une part, et les situations spécifiques dans lesquelles se trouvent des personnes en raison de leurs difficultés : il ne suffit pas, en effet, d'énoncer un impératif applicable de manière générale à tout bénéficiaire de l'action sociale pour qu'il prenne sens aussi bien pour les professionnels que pour les « usagers » ; il s'agit davantage de favoriser l'accès à la citoyenneté par des formes d'accompagnement adaptées aux besoins et attentes des personnes, et, quelle que soit leur situation, de créer les conditions d'une participation effective de ces mêmes personnes aux projets qui les concernent, de soutenir leurs initiatives. »

(CSTS, 2015)

Cette notion de droit des « usagers » est actuellement complétée par celle de la « conception universelle ». Cette conception est définie par l'ONU dans l'article 2 de la convention relative aux droits des personnes handicapées ;

« On entend par "conception universelle" la conception de produits, d'équipements, de programmes et de services qui puissent être utilisés par tous, dans toute la mesure possible, sans nécessiter ni adaptation ni conception spéciale ».

(ONU, 2006)

Cette démarche vise à répondre aux besoins des personnes handicapées et à promouvoir leur participation entière à la vie de la société en leur garantissant l'accessibilité à tout ce qui la compose : environnement bâti, transport, biens et produits, information, service public, éducation et soins.

Ces conceptions nouvelles autour de l'« usager » nécessitent une phase d'appropriation par les professionnels des champs médicaux et médico-sociaux. L'appropriation et l'assimilation doivent être encouragées par des formations initiales et continues et orientées sur la relation aux personnes nécessitant un accompagnement, l'importance de l'accessibilité aux soins et aux structures de droit commun. Le changement des pratiques en dépend.

Cette évolution des concepts et la redéfinition de la place de la personne malade qui en découle doit être relayée auprès du reste de la population. Sensibiliser le public à ces questionnements est devenu une priorité des organismes pour la santé mentale et l'aide sociale. Ces concepts et les mesures prises pour leur donner un aspect concret mériteraient d'être mieux connus de tous.

Pour conclure ce chapitre, cette citation de R.Moulias nous semble avoir toute sa place :

« Toute situation de dépendance définitive est une violence, une maltraitance de fait. Le rôle des intervenants, quand ils ne peuvent faire disparaître cette violence qu'impose la nature, est

d'accompagner la personne, de lui permettre d'utiliser ses capacités restantes, de lui assurer ses choix et ses souhaits, son confort de vie, voire une qualité de vie, d'atténuer ses douleurs physiques s'il y en a, mais encore plus d'éviter ou d'atténuer ses souffrances morales : quelle responsabilité !

On pourrait résumer en disant que la bientraitance doit être l'art d'éviter à la personne placée par la maladie (ce n'est jamais le seul âge chronologique) en situation de dépendance, de ne plus se sentir pour autant en « situation d'indignité ». Plus simplement l'objectif de la bientraitance, c'est « permettre de vivre dépendant dans la dignité » »

(Moulias et al., 2010)

Partie 2 : Secteur psychiatrique – de l’asile au secteur d’aujourd’hui

Penser et parler de la bientraitance dans un service d’hospitalisation temps plein de secteur psychiatrique ne peut se faire sans un éclairage sur l’histoire du secteur et ce qu’il représente ainsi que sur les défis auxquels il doit faire face aujourd’hui.

S’intéresser et connaître l’évolution de l’hospitalisation en psychiatrie aide à comprendre les rôles successifs et parfois empreints d’ambivalence qui lui ont été attribués.

Actuellement, l’hospitalisation en psychiatrie a un double rôle exigé par la société, société aux prises avec des représentations de la folie dont elle a du mal à se détacher. Ainsi, la prise en charge de la maladie psychique doit assurer le maintien de l’ordre en séparant les « fous » du reste de la population mais aussi garantir des soins conformes aux principes de la bientraitance.

Chapitre 1 : L’asile psychiatrique, un lourd passé

Donner quelques notions sur l’histoire de l’asile psychiatrique et les théories médicales ayant conduit à sa création est important pour comprendre les représentations négatives qui persistent chez la population française concernant l’hospitalisation en psychiatrie.

L’asile fut longtemps un lieu de vie, de traitement et d’enfermement des malades mentaux jusqu’à la démarche de désinstitutionalisation qui débuta à la fin de la deuxième guerre mondiale. La création de l’asile permit d’instaurer un enfermement à visée médicale des malades mentaux remplaçant l’enfermement sur décision judiciaire de rigueur au cours des siècles précédents. Ces notions nous apportent un éclairage sur les raisons pour lesquelles psychiatrie et enfermement restent souvent associés dans l’imaginaire collectif. Aujourd’hui encore, cette confusion est proche par son ampleur d’un « mythe urbain ». Elle peut ainsi constituer au niveau individuel un obstacle à la prise en charge adéquate d’un patient souffrant de trouble psychique mais aussi, au niveau national, un obstacle à l’élaboration d’une politique de promotion de la bientraitance en psychiatrie.

1.1 Les théories aliénistes

Les théories aliénistes créèrent un nouveau champ de traitement des malades mentaux. L'image de Pinel brisant les chaînes des aliénés de la Pitié Salpêtrière est bien connue. De plus, le « Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale ou La manie » écrit par Pinel en 1801 inaugurerait de nouveaux concepts autour de la « folie ». Nous ne reviendrons pas sur l'histoire et le contexte de cet avènement de l'aliénisme en France mais il semble important de retenir les points principaux du traité :

« Triple revendication du Traité donc : la folie est une maladie ; elle comprend une classe de maladies curables (parce qu'elle n'est pas réductible à un unique type d'affection du cerveau : souvent l'anatomopathologie ne décèle pas chez les aliénés de lésion cérébrale notable) et se soigne à l'hôpital, par un type de médecin spécifique, l'aliéniste [...]; enfin, cette cure s'appelle « traitement moral » (mais ne consiste pas à « faire la morale » : c'est bien une technique thérapeutique, qui requiert un savoir particulier, comme un dispositif de relation spécifique, uniquement procuré à l'asile). »

(Huneman, 2008)

Les aliénistes percevaient l'aliéné comme un malade nécessitant des soins. Il était donc logique de lui proposer des thérapeutiques adaptées. Pinel, Esquirol et leurs disciples œuvrèrent pour cette reconnaissance. De plus, la finesse des observations cliniques et par la suite leur analyse permettant aux médecins de reconnaître les « fonctions » atteintes par la folie en fonction de la symptomatologie du patient constituaient les prémices de la psychiatrie clinique telle que nous la connaissons aujourd'hui. Il s'agit de l'un des premiers essais de classification nosographique en France.

Les aliénistes parvinrent à la conclusion que la folie n'atteindrait pas toutes les fonctions psychiques d'une personne ; il resterait en chaque malade une part « non folle », fonction psychique saine à laquelle le médecin et le traitement s'adresseraient. Les aliénistes, en la séparant de la psychologie, firent de la psychiatrie une branche de la médecine.

« La psychiatrie est alors en voie de se former un champ propre, comme branche médicale, comme discipline à caractère scientifique. Pinel, Esquirol et leurs élèves Falret et Ferrus militent résolument en faveur d'une loi qui représenterait la consécration officielle de leur art et un tremplin nécessaire au développement des thérapeutiques aliénistes. Pour eux, déjà, aliéné signifie malade alors que pour le commun des mortels ce terme demeure synonyme de perturbation sociale si ce n'est exigence d'incarcération. »

(Landron, 1995)

Esquirol, l'un des pères fondateurs de l'aliénisme, eut un impact important sur l'évolution de la psychiatrie en France. Il a ainsi donné son nom à la loi sur l'hospitalisation en psychiatrie, loi qui fut revue après plus de 150 ans.

« Étienne Esquirol, qui s'est fait porteur d'un message à dimension universelle sur le traitement de la folie et sur les soins devant être prodigués aux insensés, a construit autour de l'institution asilaire un discours médical non dénué d'équivoques, dont les enjeux, tant épistémologiques que sociaux, soulèvent encore aujourd'hui des questions essentielles autour de la condition de l'individu interné. »
(Mesmin d'Estienne, 2010)

1.2 La loi de 1838, loi Esquirol

Depuis le début des années 1800, le contexte post révolutionnaire, où tout devait être possible conduisit à un flou juridique et institutionnel concernant le statut et le place des « fous » dans la société. L'influence des aliénistes, de la notion de « curabilité » de la folie et l'évolution du « fou » vers le statut de malade participèrent à la réflexion politique visant à trouver une solution administrative et législative à cette situation de non droit.

Dans les années 1830, au paradigme de l'interdiction du malade mental, notion juridique, se substitua progressivement celui de l'isolement de celui-ci, notion médicale.

Les débats parlementaires de 1837-1838 conduisirent à une convergence de ce point de vue médical avec les préoccupations des autorités : l'intérêt d'instaurer un traitement de la maladie, d'assurer leur sûreté personnelle et celle d'autrui et de garantir l'ordre public aboutit à la décision d'isoler les aliénés de leurs familles et de leurs relations habituelles et de les soumettre à des précautions particulières de surveillance.

Le contenu de la loi :

- Organisation par départements des soins aux « aliénés ».
- Tous les établissements, qu'ils soient privés ou publics, sont désormais placés sous contrôle de l'autorité publique.
- Création de différentes modalités d'internement :
 - Placement volontaire
 - Placement d'office de deux types : à la demande d'un tiers, demandé par la préfecture

Ces placements nécessitent un avis médical délivré par un médecin, et un avis du préfet. Si le malade doit être gardé en hospitalisation, son dossier doit être réexaminé par le préfet.

- Création d'un statut juridique pour les malades mentaux.

Entre soins et mandat social, cette loi mettait en place l'assistance au malade psychiatrique qui était perçu à la fois comme « un grand enfant » mais aussi comme une personne malade et potentiellement dangereuse dont la société devait être protégée. Tous les textes législatifs touchant à la psychiatrie qui ont suivi cette loi ont seulement modifié certaines clauses de cette dernière. Aujourd'hui encore, notre système de prise en charge psychiatrique est fortement influencé par la loi de 1838. Les soins de psychiatrie organisés en secteurs géographiques ainsi que l'hospitalisation en psychiatrie sous contrainte avec la distinction entre « à la demande d'un tiers » et « sur décision d'un représentant d'un membre de l'état » étaient des mesures déjà en vigueur, mesures qui ont été toutefois remodelées depuis cette loi.

« Cette loi mérite l'attention. Pour la première fois, non seulement on veut en finir avec le vide juridique et élaborer une loi spécifique concernant les aliénés, mais on désire également mettre de l'ordre dans le fouillis institutionnelTM \ facteur d'accentuation de la crainte du fou. Pour la première fois, avons-nous dit, pour la dernière, devons-nous ajouter. Car l'esprit ainsi que nombre de dispositions de cette loi demeurent, malgré les réformes récentes, en vigueur. »

(Landron, 1995)

1.3 La réalité asilaire

La vie à l'asile des patients hospitalisés mais aussi des infirmiers qui assuraient les soins s'éloignait souvent des principes théoriques prônés par Pinel et Esquirol.

Nous allons nous intéresser à ces contradictions.

1.3.1 Un lieu de protection de l'ordre public

Ainsi, l'asile psychiatrique était perçu par la société et utilisé par les autorités publiques comme un outil pour le maintien de l'ordre public. L'asile permettait un éloignement et un enfermement de toute personne ayant des troubles psychiques dont la famille ne pouvait ou ne voulait s'occuper et qui pouvait présenter un risque à lui-même ou à la sécurité des autres.

« Dès lors, on voit bien que, dans l'interprétation du Code pénal et de la loi Esquirol, la protection n'est pas orientée vers la personne de « l'aliéné » mais vise davantage à garantir la sûreté de l'espace public, en application d'un principe de sécurité dépersonnalisé. »

(Gros, 2012)

1.3.2 Une toute puissance médicale

La loi de 1838 attribua au médecin les capacités décisionnaires à toutes les étapes de l'hospitalisation du patient de son entrée à sa sortie.

Cette déjudiciarisation s'accompagna d'une médicalisation de l'internement et, par l'obligation de produire des certificats médicaux, la loi introduisit une garantie contre les internements illégitimes et abusifs.

Cependant, de nombreuses critiques se faisaient entendre concernant le risque d'hospitalisation abusive de personnes ne nécessitant pas de soins, notamment avec des certificats médicaux faits à la demande de la famille.

D'autre part, la vision aliéniste de la maladie mentale avait tendance à enlever au malade toute responsabilité ou capacité à consentir, l'hospitalisation en soins libres n'existait pas.

« Il faut se garder, comme l'a montré Foucault, mais aussi comme l'évoque très justement Robert Castel, d'associer l'aliénisme à un progressisme pur. Le fait de vouloir réduire par un traitement relationnel les symptômes en se basant sur le social et le moral comporte également une prise de pouvoir sur la personne du malade. »

(Rozier, 2014)

1.3.3 Un asile assimilé à une prison douce

Il est important de rappeler qu'un écart et parfois un fossé existaient entre la pensée médicale psychiatrique de l'époque avec ses contradictions et les pratiques tant dans les soins prodigués que dans l'hospitalisation des « insensés » entre le milieu du 18^{ème} et le milieu du 20^{ème} siècle. En effet, malgré la volonté des aliénistes de faire passer les soins en premier, les logiques politique et sécuritaire étaient prioritaires.

1.3.4 La théorie aliéniste confrontée à la réalité socio-économique

De nombreux écrits mettent en lumière les limites de la théorie aliéniste dans la pratique clinique et hospitalière de l'époque.

En effet, les mesures pour réhabiliter les asiles et prodiguer aux patients des soins avec un personnel formé et en nombre suffisant avaient un coût qui n'avait pas été estimé ni par les autorités ni les aliénistes. Ainsi, les aliénistes dont Esquirol étaient confrontés au manque de financement des mesures de santé qu'ils préconisaient.

« Jean Étienne Dominique Esquirol donne une véritable image d'Épinal de son asile. Les pensionnaires de la Maison de Charenton semblent évoluer dans une ambiance paisible et heureuse, propice à la guérison. Sous sa plume, l'administration est zélée, le personnel charitable et les traitements médicaux sont humains et efficaces. Le discours apologétique masque mal d'autres « réalités » et l'aliéniste se heurte dès l'origine à Charenton aux inerties institutionnelles de l'asile. En effet, au-delà des controverses théoriques, la prise en charge des insensés ne peut être détachée d'un ensemble d'éléments socio-économiques. Le budget, le personnel, les locaux ne sont pas seulement des éléments subsidiaires, accessoires de la doctrine aliéniste sur l'asile. Ils conditionnent véritablement le traitement de l'aliénation et en transforment, parfois imperceptiblement, les contours... Cette distance manifeste qui sépare les conceptions théoriques d'Esquirol de son approche quotidienne de l'insensé porte en germe les limites d'un « traitement moral » auxquelles devront se confronter les aliénistes dans les décennies suivantes »

(Mesmin d'Estienne, 2010)

Chapitre 2 : Création et évolution du secteur psychiatrique

2.1 Prise de conscience de l'horreur de la deuxième guerre mondiale et mouvement de désinstitutionalisation

2.1.1 Prise de conscience des atrocités de la deuxième guerre mondiale et du sort réservé aux malades hospitalisés dans les asiles

Une longue réflexion aboutissant à une refonte de la psychiatrie s'était accélérée à la fin de la deuxième guerre mondiale. En effet, suite à la découverte du traitement réservé aux personnes dans les asiles psychiatriques français et à la dérangeante ressemblance entre asiles et camps de concentration, de nombreux médecins et soignants s'étaient attaqués à une désinstitutionalisation des asiles et à la création de nouveaux lieux de soin pour accueillir les malades mentaux.

« La pénurie alimentaire gagne du terrain, et à partir de 1942 des rationnements particuliers en direction des malades mentaux s'organisent. 40 000 malades mentaux meurent de faim dans les hôpitaux entre 1940 et 1944. »

(Antoine, 2010)

En effet, durant cette sombre période, la moitié des patients hospitalisés (environ 40 000 personnes) étaient décédés, pour la plupart d'entre eux, de dénutrition. Ce contexte historique, empreint de l'horreur de la guerre, ainsi que l'histoire personnelle des psychiatres de cette

époque avaient probablement joué le rôle de catalyseur dans cette volonté commune de moderniser l'institution psychiatrique.

« Le champ de la psychiatrie a découvert les pratiques de l'institutionnel à la fois par hasard et sous la pression de réalités extérieures terribles. C'est l'histoire de la psychiatrie publique entre 1939 et 1944... Organiser collectivement la survie alimentaire et matérielle, soignants et malades ensemble, a eu un effet inattendu et étonnant : des malades l'étaient moins. Comme si l'action partagée, comme si le sens de l'acte utile aux autres et à soi-même avaient eu une vertu thérapeutique propre. Les théorisations ont suivi les constats, des démarches construites ont été développées, avec comme principe fédérateur l'idée de réinscrire l'individu dans lui-même en l'inscrivant dans un groupe. Un moi éclaté est ici contenu par un moi groupal, un surmoi groupal pallie un surmoi individuel faible, le groupe est le lieu de l'expression verbalisée des désirs et du report de leur satisfaction immédiate. Freud, repris par Lacan, disait « où le ça est, le je émerge » ; ici le ça, espace des pulsions devenues dévorantes chez le délirant ou terrifiantes chez l'angoissé, est contenu par le groupe et permet peu à peu au je d'advenir. Lacan synthétisait cela en une formulation lapidaire : « la parole est un instituant ». »

(Chobeaux, 2007)

Ces nouveaux lieux de soin s'inspiraient de la thérapie institutionnelle dont nous préciserons les principes ci-après.

« La psychothérapie institutionnelle implique donc que ses acteurs, en charge du soin et de ces autres si particuliers que sont les fous, se mettent en question, possèdent une certaine empathie et cessent de se réfugier derrière un statut délivré par le diplôme qui est le leur. Historiquement, pendant les années de guerre, la psychothérapie institutionnelle est partie du constat que l'asile ressemblait bien trop au camp de concentration pour constituer un lieu acceptable. Forts de leur expérience de l'exil, de la résistance et de la déportation, de nombreux infirmiers et psychiatres tentent autre chose, et commencent par questionner leurs relations. La hiérarchie écrasante, l'inculture des infirmiers qui ne sont jamais vraiment partie prenante des soins et ne connaissent pas les dossiers des patients, faisant surtout office de gardiens, vont être attaquées par la mise en place notamment des Ceméa. »

(Rozier, 2014)

2.1.2 Les principes de la thérapie institutionnelle

La thérapie institutionnelle était au début davantage basée sur des applications concrètes que sur des théories psychanalytiques ou biologiques bien assises. Elle joua un rôle central dans la création du secteur psychiatrique.

La thérapie institutionnelle est un modèle d'élaboration du soin psychiatrique comportant une double dimension : sociologique et psychanalytique.

Dans son article « Fondements éthiques de la psychothérapie institutionnelle » en 2006, Nicole Cano a cité les principes fondamentaux de cette nouvelle approche de la psychiatrie : « reconnaissance de l'effet pathogène de l'asile et de la subjectivité et de la singularité de la souffrance psychique ».

La thérapie institutionnelle a pour objectif de mettre l'individu en tant que personne au centre du soin, la maladie psychique ne devant plus définir le patient. Ainsi, selon Cano, elle « préconise une utilisation de l'institution dans son aspect instituant visant à mettre en place un système de médiations symboliques favorisant une dynamique des échanges » (ibid.).

La thérapie institutionnelle s'appuie sur les concepts psychanalytiques suivants : l'institutionnalisation, le transfert et le contre-transfert institutionnels, la transversalité et l'analyse institutionnelle.

A l'origine, le premier objectif de la thérapie institutionnelle était de traiter la psychose. Le principe thérapeutique principal de la thérapie institutionnelle s'appuie sur la multiplicité des intervenants, la diversité des activités thérapeutiques et des lieux disponibles. Ce morcellement des objets de soins est en miroir du morcellement psychique des patients souffrant de psychose et a pour but de les aider à investir ces objets.

« La psychothérapie institutionnelle concerne essentiellement le traitement des psychoses. Il s'agit d'élaborer une théorie de la psychose dans un abord multidimensionnel qui associe : le social, le psychologique, le psychanalytique et le biologique. À l'éclatement du vécu schizophrénique doit répondre non une relation individuelle fermée (selon le modèle psychanalytique classique), mais, au contraire, une approche qui tient compte du transfert éclaté, dissocié du malade, des multiples référents qui sont ainsi concernés. C'est par l'hétérogénéité des soignants et la diversité des lieux de soins que l'on pourra faire un travail de recueil et de reconstruction de la personne. »

(Lecourt, 2008)

La psychothérapie institutionnelle n'a pas comme fin de traiter seulement la psychose, elle a pour but d'aider à traiter d'autres pathologies telles les névroses, les troubles graves de la personnalité ou encore les addictions. Selon Cano, « Elle crée un support symbolique utile au traitement des autres processus psychopathologiques » (Cano, 2006).

La thérapie institutionnelle vise à permettre l'expression d'une créativité au sein du monde hospitalier. Elle a aussi défini les bases de l'ergothérapie :

« L'objectif est de permettre au patient, au travers des activités partagées avec d'autres et articulées avec d'autres lieux institués, de participer à la trame institutionnelle qui est l'ensemble des individus et

les contrats et les règles qui régissent leurs échanges. Le patient pourra alors se situer ou resituer dans une dimension symbolique. »

(Cano, 2006)

Cette créativité ne se résume pas aux seules activités artistiques, elle s'exprime aussi à travers la variété et l'originalité des propositions faites aux patients hospitalisés : réunions de pavillon correspondant à nos actuelles réunions soignants-soignés, entretiens informels, travaux d'aide à l'entretien des lieux d'hospitalisation... L'objectif est de proposer une structure ouverte, évolutive et pouvant s'adapter aux besoins de chacun.

« Certains, comme Jean Oury et Félix Guattari, octroyaient aux infirmiers une fonction de psychothérapeute. Pour eux, l'institution était un vaste divan où les différentes réunions et activités ergothérapeutiques jouaient le rôle d'analyseurs des phénomènes de transfert et de contre-transfert institutionnels. »

(Hochman, 2015)

Aussi, le travail en groupe devrait être utilisé comme une aide thérapeutique et éducative. Il pourrait permettre au patient de mieux se connaître et se définir, d'apprendre les codes et usages dans un groupe, de gérer le vivre ensemble.

« Nous identifions trois fonctions essentielles à un groupe, ces trois fonctions correspondant à des niveaux d'interventions éducatives différents :

- *l'apprentissage des codes sociaux qui facilite l'intégration de l'individu dans la société ;*
- *la construction de la personne qui découle de la différenciation de l'individu ;*
- *l'apprentissage du vivre ensemble, qui permet l'inscription de l'individu dans le lien social.*

C'est sur la base de ces positions que nous dégageons des principes qui doivent guider nos pratiques.

Pour se construire, exister et durer, un groupe a besoin d'un cadre qui précise :

- *l'objet de sa constitution ;*
- *les objectifs qui définissent ses actions ;*
- *la démarche qu'il met en œuvre ;*
- *les moyens qui lui sont indispensables ;*
- *les règles de vie et de fonctionnement dans le cadre desquelles va pouvoir se dérouler la vie du groupe.*

Dans les groupes et les collectifs à visée éducative ou thérapeutique, comme dans les groupes et collectifs structurés ayant pour but une action sur la vie, ces principes sont formalisés. Dans les groupes affinitaires souvent plus informels, ils ne le sont pas ; est-ce pour autant qu'ils n'existent pas ? Un implicite fort existe alors, qui en tient lieu. Mais cet implicite renforce un entre soi fermé : quel accès aux codes du groupe pour qui n'en est pas ? »

(Pachès, 2007)

L'hôpital psychiatrique est souvent décrit comme un microcosme. Il devrait permettre aux personnes hospitalisées d'avoir accès à leurs conflits internes (souvent inconscients) en devenant un lieu de soins constitué d'espaces et d'objets facilitant les processus psychiques d'identification et de transfert. La notion de « constellation » développée par François Tosquelles et expliquée ici par Jean Oury nous éclaire sur le rôle joué par l'hôpital psychiatrique tel qu'il est imaginé dans la thérapie institutionnelle :

« Chaque sujet vit en investissant, même très partiellement, un certain nombre de personnes, de choses, de lieux, d'animaux. Les schizophrènes n'échappent pas à cette règle, à condition que les conditions de vie qui leur sont offertes leur permettent une certaine liberté d'expression, une liberté de mouvement, une « liberté de circulation » et de rencontres. Ils « choisissent » alors quelques personnes de leur entourage, choix positifs ou négatifs, affinités, liens transférentiels massifs ou presque inaperçus pour eux-mêmes et les autres. »

(Oury, 2007)

2.1.3 Des psychiatres engagés dans la désinstitutionnalisation

Il est difficile d'aborder la thérapie institutionnelle sans évoquer certains des médecins ayant permis sa création puis son essor. En effet, de nombreux psychiatres ont participé au mouvement de désaliénation de la psychiatrie française. A cette fin nous allons présenter quelques travaux de ces psychiatres : François Tosquelles, Lucien Bonnafé, Paul Sivadon, Jean Oury... Certains comme Oury ou Sivadon ont dirigé des établissements de soins psychiatriques qui ont inspiré les institutions sanitaires actuelles et aidé à organiser les soins psychiatriques en secteur.

Parmi les psychiatres engagés dans la réforme de l'asile, quelques personnalités ont laissé une empreinte forte. Le contexte historique, social et politique ainsi que l'histoire et le vécu individuel de chaque soignant sont des éléments qui ont probablement joué un rôle dans le fort engagement des soignants impliqués dans ce mouvement d'humanisation de la psychiatrie et ont axé celui-ci autour du « souci de l'autre ».

« Presque toujours, dans cette orientation psychiatrique, des événements historiques, le contexte social, ont marqué profondément la personnalité des « promoteurs » : « empreinte » (Prägung), inaccessible à toute entreprise psychanalytique, qui a déterminé, non des vocations, mais des orientations, et des façons d'être de chacun d'eux. Par exemple, F. Tosquelles : la révolution espagnole, les terribles dissensions politiques, le camp de concentration... »

(Oury, 2007)

Ainsi, Tosquelles, psychiatre catalan ayant été contraint de fuir l'Espagne suite à la guerre civile, avait une vision humaniste de la psychiatrie. Il a œuvré pour rendre au malade son statut de « sujet ». Il a dirigé l'hôpital psychiatrique de Saint Alban.

« Critique envers toute forme de totalitarisme, Tosquelles ne peut que le redécouvrir là, sous sa forme bureaucratique et administrative, aliénant socialement le patient. Psychanalyste et lecteur de Freud, Tosquelles est également soucieux de le faire sortir de son aliénation mentale. Comment lutter contre cette double aliénation ? Comment aider ces patients chronicisés à (re)devenir « sujets » ? »
(Moreau Ricaud, 2004)

Pour Tosquelles, les soins et les soignants doivent s'adresser à une personne avec une histoire, des valeurs, des capacités et des envies avant de s'adresser à la part malade de celle-ci :

« En ce sens, pour Tosquelles, « la folie est avant tout présence et expression humaines. Il est vrai que la folie annonce une maladie, mais la folie exprime aussi un homme et le fait ». Le Collectif se ressaisit de cette conception de la personne pour l'incarner dans le travail institutionnel. Ce que la psychothérapie institutionnelle nous apprend réside dans la reconnaissance que la singularité de la personne doit être considérée comme irréductible pour que tout travail thérapeutique en institution soit possible. La conception de la personne ne peut être seulement fondée sur de bons sentiments ou de lointaines philosophies. Cette conception doit s'inscrire dans une connaissance rigoureuse du vécu de la personne même qui est prise dans les rets du trouble psychique. La capabilité, au sens de potentiel interactif, le fait que le malade demeure un interlocuteur valable et non un parlant donnant voix à ses seuls symptômes, compte dans ce renouvellement de la définition de la personne : cette conception va se traduire par un nouvel agencement du travail et par l'interrogation des distinctions entre rôle, statut, fonction. »
(Rozier, 2014)

François Tosquelles, Paul Bavet, André Chaurand et Lucien Bonnafé ont fondé la « Société du Gévaudan ». Ils ont travaillé ensemble afin de créer, à partir des bases théoriques et des pratiques existant dans le champ psychiatrique une pratique inédite de la psychiatrie, pratique dans laquelle "soins, recherche et formation" seraient intégrés dans une démarche collective.

Le terme de « psychothérapie institutionnelle » fut utilisé pour la première fois en 1952 par Georges Daumezon et Philippe Koechlin (Daumezon et al, 1952).

Jean Oury était un psychiatre français, ancien interne de François Tosquelles. Il fut un membre actif du groupe de travail de psychothérapie et de sociothérapie institutionnelles, Ce groupe s'était réuni entre 1960 et 1966 afin de réfléchir à la problématique spécifique de la thérapie institutionnelle. Oury soulignait la nécessité d'élaborer des concepts qui pourraient servir d'assise pour l'organisation des soins et cette nouvelle approche du malade psychique. Il a

fondé la Clinique de la Borde, clinique psychiatrique où il a appliqué les principes de la thérapie institutionnelle et qu'il dirigea jusqu'à sa mort.

2.2 La circulaire du 15 mars 1960, base de l'organisation des soins psychiatriques en secteur

Ce n'est que suite à la circulaire du 15 mars 1960 que la thérapie institutionnelle et les psychiatres défendant une organisation de la psychiatrie en secteur psychiatrique obtinrent une réelle reconnaissance. Cette circulaire posa ainsi les bases sur lesquelles le secteur psychiatrique s'est organisé. Cependant, il a fallu attendre la fin des années 1960 et une forte mobilisation des psychiatres pour que le secteur psychiatrique ait une application concrète.

« Lorsque paraît le 15 mars 1960 la circulaire qui énonce les principes de ce qui semble alors être une façon profondément nouvelle de planifier et d'organiser le système psychiatrique, ce texte est interprété par une frange de la psychiatrie à la fois comme un double aboutissement et une double reconnaissance. Aboutissement, d'un côté, de la réforme d'un système psychiatrique sclérosé et que près de quatre-vingt-dix ans d'initiatives et de débats, depuis le début de la IIIe République, ne paraissaient pas avoir réussi à faire évoluer. Aboutissement par ailleurs de quinze ans d'une mobilisation des médecins des hôpitaux psychiatriques, commencée à l'unisson de la Libération sous l'impulsion de la jeune garde de la profession. Reconnaissance, de l'autre côté, d'un corps, les médecins des hôpitaux psychiatriques, que l'administration centrale du ministère avait littéralement adoubés pour en faire les coproducteurs de sa politique de santé mentale. Reconnaissance enfin, et peut-être surtout, d'une série de valeurs portées par ces psychiatres, que la circulaire de mars 1960 paraissait mettre en texte. Bien davantage qu'un système ou une organisation, la psychiatrie de secteur allait être une psychiatrie humaniste, voire militante, au service d'une ambition à la fois thérapeutique et politique : vaincre les maladies mentales chroniques, redonner aux malades concernés leur dignité de citoyens »
(Henckes, 2015)

2.3 Les années 1970, années de réformes et de contestation

2.3.1 Le livre blanc de la psychiatrie

Le premier *livre blanc* de la psychiatrie parut en 1967. Il regroupe les réflexions de psychiatres, pour la plupart participant à la revue « L'Évolution psychiatrique », s'étant réunis entre 1965 et 1967 et ayant participé aux journées blanches de la psychiatrie. Selon Pierre Delion (2014), ces réflexions inspirées de la thérapie institutionnelle mettent en avant la nécessité de créer une psychiatrie au service des patients et de leur famille. L'hôpital ne doit être qu'un maillon d'une

prise en charge qui, centrée sur les besoins du patient, s'appuie sur des structures dans la cité. Ces structures doivent faciliter l'accès aux soins et limiter la séparation du malade de son milieu habituel.

« La mise en œuvre dès la fin de l'année 1968 de la séparation de la psychiatrie et de la neurologie et la création d'un internat psychiatrique largement inspiré des propositions du formation attirés par une façon différente de pratiquer leur métier. En vingt ans, de 1970 à 1990, le nombre des psychiatres est multiplié par dix. La plupart d'entre eux sont formés quasi exclusivement dans les hôpitaux psychiatriques, pour beaucoup dans les secteurs créés dès 1970. »

(Henckes, 2015)

Le premier *livre blanc* créa une ouverture dont s'est saisie une nouvelle génération de médecins et a contribué aux réformes de la psychiatrie mais aussi au mouvement *antipsychiatrie*.

2.3.2 La loi de 1968 réforme le droit des « incapables majeurs »

La loi de 1968 a permis de mettre en place des mesures de protection des personnes vulnérables en tenant compte de leurs vulnérabilités mais aussi de leurs capacités et de leurs possibilités d'autonomie. Ces mesures de protection ne sont pas définitives, elles doivent être renouvelées par décision judiciaire sur avis d'un expert psychiatre. Elles peuvent ainsi s'adapter à l'évolution des besoins de chaque patient : besoins d'aide et d'accompagnement en lien avec leurs capacités, ces dernières étant corrélées à leur état psychique et physique.

Ainsi, la loi définit 3 régimes : la tutelle, la curatelle et la sauvegarde de justice.

« La loi du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs institue trois régimes de protection applicables aux incapables majeurs. La législation a mis en place un système permettant l'individualisation des mesures de protection. Le but recherché est d'adapter la mesure de protection à la nature et à la gravité réelle de chaque cas. »

(Antoine, 2010)

2.3.3 La psychiatrie, une spécialité à part entière

L'année 1968 fut aussi marquée par la séparation entre psychiatrie et neurologie, jusque-là regroupées en une seule spécialité médicale. Sous l'impulsion d'un mouvement des psychiatres, rendu possible par le contexte social et politique post mai 68, la psychiatrie est devenue une spécialité autonome par rapport à la neurologie et une science à part entière.

« Le mouvement explose le 22 mars à l'université de Nanterre dont le doyen était Paul Ricœur, qui nous a laissé une œuvre immense favorisant les prises en compte aussi bien des sujets que des collectifs respectueux de tout sujet. 1968, c'est aussi la division entre la psychiatrie et la neurologie, avancée

importante pour mieux comprendre les troubles psychiatriques qui n'ont rien à voir avec des troubles neurologiques.

C'est l'arrêté du 30 décembre 1968 créant un certificat spécial de psychiatrie pour les médecins. L'approche lacanienne de la psychanalyse apparaît au grand jour, ayant participé à la libération de la parole individuelle dans un mouvement collectif. Avec ce mouvement de libération éclosent d'autres groupes, toujours pour la libération de différents types d'opprimés. »

(Antoine, 2010)

La création d'un certificat indépendant de psychiatrie entraîna une refonte de la formation des futurs psychiatres. Le statut des psychiatres travaillant en hôpital psychiatrique fut également modifié pour être similaire à celui des médecins des autres spécialités médicales.

2.3.4 Le mouvement *antipsychiatrie*

Ce mouvement international critiquant la manière occidentale de concevoir la folie et le rôle des psychiatres a été introduit en France par Maud Mannoni à partir de la fin des années 1960 (Mannoni, 1970). Il était inspiré par des écrits publiés aux Etats-Unis par Bettelheim et au Royaume-Unie par Ronald Laing et David Cooper (Laing et al., 1964 ; Cooper, 1967).

En France, l'antipsychiatrie trouva une relative résonance auprès de certains psychiatres souhaitant « déconcentrationner » la psychiatrie. Ainsi, Bonnafé ou encore Tosquelles se saisirent de certaines interrogations autour du rôle la psychiatrie dans notre société notamment dans sa pratique de l'enfermement de la folie ou encore de la nécessité de permettre aux personnes souffrant de troubles psychiques d'exprimer leur liberté créatrice. Cependant, son impact sur l'organisation des soins ou sur les théories psychanalytiques sur lesquelles reposent les pratiques psychiatriques a été limité.

Certains excès de ce mouvement, associant la psychiatrie moderne (post-asilaire) à des camps de concentration et de non-droit ou encore faisant de la maladie mentale une invention pour contrôler la société ont fortement marqué l'opinion publique et imprimé des traces difficiles à effacer dans l'imaginaire collectif. Ainsi, les représentations de la maladie mentale dans la population française continue à associer l'hôpital psychiatrique à un lieu d'enfermement et de non-droit.

2.4 Les années 1970 à 1990, mise en place du secteur et changement du regard de la société sur la personne hospitalisée

2.4.1 Essor de la politique de secteur

Il a fallu attendre les lois de juillet 1985 et de décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique pour donner une assise juridique à l'existence du secteur. Ces lois qui ont repris les principes de la circulaire de 1960 ont ainsi donné les contours du maillage territorial de la psychiatrie et ont défini les missions du secteur : diminuer les états psychopathologiques en assumant la continuité du soin par un travail dans et avec l'environnement social et en développant des politiques de prévention et de traitement.

Le secteur est progressivement devenu une organisation multi-structurelle. Les soins psychiatriques ont commencé à être dispensés en intra et en extra hospitalier. Les structures en ville, dont le CMP devait être le point névralgique et avoir le rôle de coordonner les différents acteurs, se développèrent. La majorité des prises en charge psychiatriques notamment de patients sous contrainte de soins quittèrent l'hôpital psychiatrique pour avoir lieu dans la cité.

Cependant, la réalité du secteur n'était pas la même partout sur le territoire et il existait des grandes disparités dans la création de structures d'accueil et d'hospitalisation psychiatriques. Ainsi l'organisation hospitalo-centrée persistait dans de nombreuses zones géographiques.

Cette période a été marquée par la richesse des théories développées en psychiatrie avec le développement de concepts inédits apportant de nouvelles propositions et méthodes de soin des troubles psychiques. Ces méthodes basées sur les recherches en neurosciences ou en psychiatrie comportementale et cognitive ont été progressivement intégrées dans les pratiques des services hospitaliers psychiatriques universitaires.

2.4.2 Loi Evin de 1990, refonte de la loi de 1838

La loi de 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux établit la première modification importante de la loi de 1838. Le texte de 1990, sous la houlette de Claude Évin, alors ministre de la Santé, revint sur l'appellation « placement » ayant une forte connotation avec « enfermement » de la personne et redonna aux soins une place centrale à travers l'emploi du terme « hospitalisation ».

Ainsi, l'hospitalisation libre, à la demande du patient, devint le troisième mode d'hospitalisation en reconnaissant au patient les capacités à demander des soins psychiques.

« Elle a pour objectif de promouvoir le droit des malades hospitalisés librement, d'apporter des garanties – conformément aux recommandations du Conseil de l'Europe – aux patients hospitalisés sans leur consentement et d'instaurer un contrôle effectif des conditions d'hospitalisation. Elle définit ainsi trois modalités d'hospitalisation en milieu psychiatrique :

- *l'hospitalisation libre (HL), avec la possibilité pour le patient d'une sortie contre avis médical – c'est la reconnaissance dans les textes de la pratique la plus usitée, sur le modèle des pathologies somatiques ;*
- *l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), nécessitant la demande d'un proche et non plus un, mais deux certificats médicaux, dont l'un d'un médecin extérieur à l'établissement*
- *en cas de péril imminent, un seul certificat médical suffit ;*
- *l'hospitalisation d'office (HO), par arrêté préfectoral après certificat médical ; cette procédure concerne aussi les hospitalisations d'office dites « judiciaires », pour les sujets en irresponsabilité pénale ou transférés du milieu carcéral. Par ailleurs reste possible, en cas de danger imminent, l'hospitalisation d'office d'urgence par les maires – ou par les commissaires de police à Paris. »*

(Vacheron et al., 2012)

De plus, cette loi renforça la lutte contre les internements abusifs en multipliant et différenciant les avis médicaux fondant et validant l'hospitalisation. Force est de noter qu'en rupture avec la législation de l'époque louis-philipparde, la personne soignée pour troubles mentaux peut désormais choisir un avocat. Ce droit vise à renforcer l'inscription de la personne hospitalisée dans sa place de citoyen.

Chapitre 3 : La psychiatrie de secteur aujourd'hui

3.1 La Politique de Santé mentale en France

Pour percevoir et comprendre l'état actuel du secteur psychiatrique, il semble important d'appréhender les liens entre psychiatrie, politique et société. Ainsi, la politique de santé mentale menée en France joue actuellement un rôle majeur dans les évolutions récentes de la psychiatrie.

« La psychiatrie se veut une branche de la médecine, la santé mentale est alors la branche aînée du politique : devant tout fait social, se pose en effet la question de la responsabilité, du soin et/ou de la prévention, voire de la punition qui en découle, et de la souffrance psychique, apanage de toutes les situations difficiles – souffrance psychique, sociale ou sanitaire, de l'individu ou de son groupe »

(Roelandt, 2004)

3.1.1 Le malade devient un *usager*

Patient devient *usager* suite aux lois plaçant celui-ci au centre des soins. Un des objectifs de la loi Kouchner de 2002 est de renforcer la place de l'usager afin qu'il dispose d'espaces pour s'exprimer et faire valoir ses droits.

Devant une crise de l'autorité de l'état avec des scandales sanitaires, la perte de confiance dans l'intégrité scientifique et une modification de l'expertise scientifique qui est désormais partagée entre scientifique et malade, la nécessité d'intégrer l'usager au niveau local et national aux réflexions et aux décisions est devenue un enjeu central :

« Les aléas – pas de risque zéro – et l'imprévisibilité poussent le responsable politique à associer les citoyens pour partager une décision délicate. Le contrôle social externe s'avère impuissant à réguler désordre et gaspillage (ex.: coûts de santé) sans faire appel à l'individu comme acteur décisif. Le savoir et la parole de l'usager individuel sont revalorisés; du moins en principe, mais l'évolution est manifeste. »
(Vallon, 2002)

La spécificité de la psychiatrie et de la vulnérabilité des patients pris en charge doit être prise en compte et permettre de maintenir les soins et l'assistance dont ces usagers ont besoin.

« Le concept d'usager(s) en santé mentale est consubstantiel à la critique de l'asile et aux pratiques de désinstitutionalisation. Lorsque l'on a permis au « fou » d'accéder à une vie dans la cité, on n'a pas renoncé pour autant à le prendre en charge ; la pratique de secteur en témoigne. Mais on ne pouvait plus alors le désigner en fonction de son lieu de résidence car il n'était plus une personne hospitalisée. »
(Deutsch, 2016)

L'emploi de ce terme « *usager* des établissements de soins » est retenu par l'ANESM : il est utilisé en référence à la personne en tant que sujet de droits, notamment d'un droit de regard, d'expression et de participation à l'organisation et au fonctionnement de la structure qui l'accompagne.

L'emploi du terme *usager* connaît des critiques dont le Conseil supérieur du travail social (CSTS, 2015) se fait écho dans son rapport intitulé « Refonder le rapport aux personnes « merci de ne plus nous appeler usagers » ». En effet, il semble renvoyer à une place de consommateur la personne prise en charge sans souligner qu'il s'agit d'un besoin nécessaire à la vie et non de confort.

L'ANESM emploie aussi un autre terme, celui de *personne accompagnée* lorsqu'il s'agit de la singularité de l'individu dans le cadre de la co-construction du processus qui vise la maturation ou la restauration de son autonomie.

Un débat existe entre personnes souffrant de maladies psychiques, leurs proches et les autorités sanitaires sur le terme le plus juste et appelant le moins de discrimination à utiliser dans les textes pour nommer la personne malade.

3.1.2 Importance accordée à la dignité et aux droits des malades, un cadre juridique renforcé dans les hôpitaux

3.1.2.1 L'hôpital psychiatrique et les lois de santé

L'hôpital psychiatrique a beaucoup changé, il est désormais intégré dans au système de soins avec des autorités de tutelle et des organes de contrôle garants de son bon fonctionnement. Ainsi, le fonctionnement et la gestion de l'hôpital doivent s'inscrire dans une planification des besoins en santé mentale, tout en respectant la dignité, les droits et les devoirs de tous – professionnels et usagers.

Cette mission paraît complexe. En effet, il existe de nombreux textes tant nationaux qu'internationaux codifiant les principes, normes et procédures appliqués à l'hôpital. Un état des lieux des droits du malade hospitalisé résumant les principaux articles de santé publique a été publié par M. Godfryd en 2005. Y sont développées plusieurs thématiques qui ont été codifiées dans la loi de santé publique et dans des décrets datant de 2002 : la situation juridique du patient hospitalisé, les droits du malade, l'information des usagers du système de santé et l'expression de leur volonté, la communication du dossier du patient, les risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé et la participation des usagers au fonctionnement du système de santé.

Depuis une quinzaine d'années, les lois relatives à la santé et en particulier à la santé mentale publiées par les gouvernements successifs accordent une place centrale au respect des droits des personnes vulnérables, à la reconnaissance politique et sociale du handicap notamment psychique.

Au vu du nombre, de la complexité et de la longueur des textes, nous ne détaillons pas ces textes ici car nous les aborderons plus en détail un peu plus loin. Ainsi, nous nous intéresserons au texte réformant l'hospitalisation sous contrainte (loi de 2011), à celui réorganisant le système de santé (loi 2016) et à ceux soulignant les droits des patients à travers leur regard sur les questionnements éthiques et la bientraitance en leur sein (lois de 2002, 2005, 2009 et 2011).

3.1.2.2 Respect de l'autonomie et de la liberté du patient hospitalisé en psychiatrie

La loi de 2011 réformant l'hospitalisation sans consentement a instauré une forme de régulation du pouvoir médical à travers une procédure juridique. Le contrôle systématique des mesures d'hospitalisation sans consentement a ainsi eu des effets positifs en introduisant une instance tierce ayant un regard juridique sur les décisions d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie. Ces décisions doivent cependant rester des décisions médicales, le juge des libertés ne devant pas en principe se substituer au médecin.

Le pouvoir médical devient ainsi moins totalitaire et se trouve dans l'obligation de s'interroger à chaque fois sur la nécessité ou non de priver une personne de sa liberté. La liberté est un des droits fondamentaux de tout individu : œuvrer pour son respect s'inscrit donc dans une démarche bienveillante.

Par ailleurs, cette mesure peut avoir des effets négatifs. Ainsi, certains patients, encore en état aigu perçoivent le fait de passer devant un juge comme le signe qu'ils ont commis une faute ou ont quelque chose à se reprocher. Cette mesure, visant à garantir le respect de l'autonomie des patients hospitalisés et le principe éthique de non-malfaisance, peut dans ces cas être perçue comme contraire aux principes de bienfaisance et de sollicitude.

« L'intervention systématique du juge des libertés et de la détention, disposition centrale de la nouvelle loi, vise à offrir au patient les avantages d'une procédure ouverte et d'un débat contradictoire. Mais cette procédure n'a souvent que peu de sens pour des personnes vulnérables, encore envahies par leur pathologie. Beaucoup de patients, non encore stabilisés, ne comprennent pas cette comparution devant le juge et se trouvent déstabilisés par l'audience. Certains ont l'impression d'avoir commis un délit, peut-être celui d'être malade. Le rôle de l'avocat commis d'office est ambigu ; il n'aide pas le patient lorsqu'il s'attache davantage à la sortie d'hôpital qu'à la nécessité des soins. L'audience publique pose aussi la question du secret médical. »

(Vacheron et al., 2012)

La question éthique n'est pas loin, faut-il soigner le patient contre son grès ? Dans quelle mesure ? Avec quels moyens ?

Dernièrement, les critiques se multiplient à l'encontre des soins sous contrainte et des restrictions des libertés individuelles des personnes hospitalisées. Ces critiques proviennent en général des associations d'usagers ou de proches d'usagers. Cependant, en mai 2016, la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté dont la mission est de veiller au respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, a rédigé un rapport très critique à

l'égard de certains services d'hospitalisation psychiatrique sectorisés ou non : « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale ».

La loi de janvier 2016 répond à un certain flou et instaure un cadre juridique concernant l'utilisation de l'isolement et de la contention des patients hospitalisés, pratiques à visée thérapeutique utilisées dans de nombreux services hospitaliers de psychiatrie.

Nous souhaitons souligner la forte charge affective concernant ces questions et la tendance actuelle à ne pas tenir compte du contexte dans lequel certaines décisions sont prises. Il est donc difficile de garder une neutralité dans ces discussions. Nous ne rentrerons pas dans ce débat qui doit prendre en compte à la fois les notions éthiques du soin et les moyens humains et matériels à la disposition des soignants. Cependant, ces critiques peuvent affecter les équipes et leur motivation en remettant en cause leur volonté de « prendre soin » et leurs pratiques sorties de leur contexte.

3.1.3 Evolution récente des prises en charge et redéfinition de l'organisation des soins

La loi de 2011 a créé une nouvelle modalité de soins sous contrainte : le programme de soins. Celui-ci prend en compte l'évolution des structures accueillant les personnes souffrant de troubles psychiques et les nouvelles modalités de prise en charge associées (CMP, HDJ). Il s'agit d'une prise en charge hospitalière sans consentement pouvant être assurée par les structures d'accueil dans la ville : par exemple une obligation de psychothérapie, de traitement...

De plus, les modes d'admissions sous contrainte en hospitalisation à temps plein sont complétés par deux nouveaux modes d'admission pour tenir compte des difficultés dans la mise en place dans certaines situations des mesures antérieures : les soins à la demande d'un tiers en urgence et les soins pour péril imminent.

Une description complète et précise est nécessaire pour comprendre et appliquer les mesures de cette loi dans la pratique psychiatrique hospitalière. Nous avons donc choisi d'illustrer cette loi par une longue citation mettant en avant tous les aspects de cette réforme de l'hospitalisation sous contrainte en France.

« La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques vise à faire évoluer l'exercice des soins sous contrainte en psychiatrie en France dans quatre directions majeures. La réforme introduite par la loi du 5 juillet 2011 vient légaliser certaines pratiques et répondre à certaines critiques. Le rôle des patients et celui de leurs représentants ont été importants dans cette évolution. »

- *L'hospitalisation à temps plein n'est plus la seule modalité de prise en charge sans consentement, qui peut aussi l'être en ambulatoire ou à temps partiel dans le cadre d'un programme de soins. L'objectif des soins ambulatoires sans consentement est d'améliorer la continuité des soins psychiatriques et de proposer une alternative à des prises en charge hospitalières, étendant ainsi la politique de désinstitutionalisation psychiatrique aux personnes prises en charge sans leur consentement. Des pratiques déjà existantes, comme les sorties d'essai, sont ainsi entérinées afin de favoriser la guérison, la réadaptation ou la réinsertion sociale des personnes ;*
- *l'intervention d'un juge des libertés et de la détention (JLD) vient renforcer les droits des personnes hospitalisées et répond à une exigence constitutionnelle. Depuis le milieu des années 1990, une série de rapports publics et de jurisprudences notent la nécessité de repenser en profondeur les termes éthiques et empiriques des soins contraints. Deux décisions rendent urgentes les modifications : la Cour européenne des droits de l'homme fait état du non-respect par la France d'un article de la Convention, relatif à la liberté des personnes, et le Conseil constitutionnel déclare inconstitutionnelle l'hospitalisation sans consentement, sans le contrôle d'un juge des libertés et de la détention. Ainsi, le législateur prévoit le contrôle systématique de la mesure d'hospitalisation complète sans consentement par un juge des libertés et de la détention au plus tard au quinzième jour d'hospitalisation du patient (délai réduit à douze jours par les modifications d'octobre 2013), puis au plus tard au sixième mois de l'hospitalisation. Le juge valide ou invalide la mesure en cours en prononçant le maintien de la mesure ou sa levée. Le patient peut opposer à tout moment son droit de recours et demander une audience au JLD ;*
- *de plus, la loi établit un mode légal d'admission sans tiers (soins en cas de péril imminent – SPI) permettant l'accélération de certaines procédures d'admission. Les SPI permettent de pallier une insuffisance du dispositif précédent (loi de 1990). Cette procédure peut en effet être utile en cas d'absence de tiers connu (pour des personnes désocialisées notamment), de refus des membres de l'entourage du patient de prendre une telle décision d'admission en soins psychiatriques, qui semble pourtant nécessaire. Le directeur d'établissement peut alors prononcer l'admission sur proposition du psychiatre. Cette procédure allégée, ne requérant qu'un certificat médical dans un premier temps (et non deux) et ne nécessitant pas la signature d'un tiers, accélère la procédure d'admission. La loi prévoit également qu'un tiers doit être recherché et sollicité au plus vite afin de faire basculer la prise en charge du patient sous un mode légal à la demande d'un tiers (soins psychiatriques à la demande d'un tiers – SDT), le cas échéant »*

(Coldefy, 2016)

La loi de santé de 2016 définit un « service public hospitalier » qui vise à garantir une continuité et une qualité des soins ainsi que le respect des droits de tous – professionnels et usagers. Pour ce faire, elle a pour objectif de réorganiser l'offre de soin en France autour d'un maillage fin du territoire. Ce maillage passe notamment par le regroupement des dispositifs actuels de soins

(hospitaliers, centre de soins...) notamment psychiatriques en groupements hospitaliers territoriaux.

« Dans le cadre d'une politique de santé mentale associant l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux d'un territoire, nous sommes donc amenés à nous impliquer dans l'élaboration de ce projet territorial de santé mentale, déclinée en trois étapes :

- *le diagnostic territorial partagé, qui doit être élaboré par les professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale et ce, à leur initiative. Nous aurons à proposer des bases à ce diagnostic : besoins de santé de la population avec indicateurs de morbidité, état des lieux des structures et de leurs articulations.*
- *le projet territorial de santé mentale, qui doit organiser les conditions d'accès de la population :*
 - *à la prévention et, en particulier, au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles,*
 - *à l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prise en charge spécifiques,*
 - *aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale ;*
- *le contrat territorial de santé mentale, conclu avec l'ARS, qui déclinera les actions, les missions, les engagements, les moyens et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. »*

(Pourrat, 2016)

Cette loi consacre un article spécifique (n°69 sur 227) à la psychiatrie, au regret de certains qui auraient estimé plus approprié une loi spécifique à la psychiatrie prenant en compte ses spécificités par rapport au reste du champ sanitaire.

Il nous semble important de préciser les spécificités de la psychiatrie :

- « - *le caractère souvent durable et évolutif des pathologies mentales, qui nécessite des prises en charge complexes et variées pour répondre aux différentes phases de la maladie ;*
- *l'intrication forte des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et de passerelles, allers-retours entre les différents champs, nécessaire à une approche globale de la prise en charge ;*
- *les limites du champ pathologique de la psychiatrie à la santé mentale font débat au sein des professionnels et vont influencer sur l'étendue des missions et, donc, sur les pratiques ;*
- *le caractère médico-légal de cette spécialité qui partage ainsi une frontière avec la justice ;*
- *la non-demande de soins en psychiatrie ; la personne souffrant de troubles psychiques n'a pas toujours conscience de son besoin de soins, et le déni de soins fait partie intégrante de la maladie mentale ;*
- *une forte stigmatisation de la maladie mentale, des personnes concernées et également des professionnels et structures opérant dans ce champ. »*

(Coldefy, 2016)

3.1.4 Place de la maladie mentale dans la société, une visibilité récente

La santé mentale est devenue un enjeu de santé publique dans les vingt dernières années. Cet enjeu s'exprime par des propositions et des mesures d'amélioration de la qualité des soins dans les plans de santé mentale et les rapports faits à la demande de l'état. Ci-dessous un extrait du discours de Philippe Douste-Blazy, alors Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille, lors de la présentation du projet de Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008.

« Face à la maladie mentale, la société se tait à la mesure du silence qui entoure un système encore porteur de tabou. C'est le délicat problème de l'enfermement de celui qui est différent, déjà soulevé avec justesse par Michel Foucault. [La] volonté est aujourd'hui d'apporter une réponse construite avec l'ensemble des acteurs, non seulement pour la santé publique, mais aussi pour [la] société. »
(Doust-Blazy, 2005)

La pathologie psychique touche une large proportion de la population française. La note d'orientation de la HAS concernant le « Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale » publié en octobre 2013 nous permet de saisir l'importance de la place occupée en santé publique par la maladie mentale en utilisant les données de l'OMS : les maladies mentales sont au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires ; 5 des pathologies les plus préoccupantes du 21^{ème} siècles sont des maladies mentales : schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif.

3.1.4.1 La reconnaissance du handicap psychique

La spécificité de ce handicap a été reconnue à partir de la promulgation de loi de février 2005. Cette loi fait suite au rapport remis au ministère de la santé par le Docteur Cléry-Mélin intitulé « Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale ».

« La prise en charge devrait s'organiser différemment avec la reconnaissance du « handicap psychique », distinct du handicap mental (induisant une déficience intellectuelle). »
(Cléry-Mélin et al., 2004)

Précisons la définition du handicap retenue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

« Est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises ».
(Cléry-Mélin et al., 2004)

Intéressons-nous aux caractéristiques distinguant le handicap psychique du handicap mental explicitées par l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) sur son site internet :

- « - *Le handicap mental résulte le plus souvent de pathologies identifiables (traumatisme, anomalie génétique, accident cérébral). Il associe une limitation des capacités intellectuelles qui n'évolue pas, une stabilité dans les manifestations des symptômes, et une prise de médicaments très modérée.*
- *Le handicap psychique, secondaire à la maladie psychique, reste de cause inconnue à ce jour. Les capacités intellectuelles sont indemnes et peuvent évoluer de manière satisfaisante. C'est la possibilité de les utiliser qui est déficiente. La symptomatologie est instable, imprévisible. La prise de médicaments est le plus souvent indispensable, associée à des techniques de soins visant à pallier, voire à réadapter, les capacités à penser et à décider. »*

(UNAFAM, circa 2016)

Cette décision montre une volonté politique de rendre la maladie psychique nommable et ainsi plus visible. Elle intervient dans un contexte dans lequel la politique et la justice visent à défendre les droits des patients et les patients et leurs proches veulent faire valoir leur place de sujet. Ainsi, les personnes atteintes de maladie psychique et leurs proches se sont regroupés en associations afin de donner plus de poids à leurs demandes concernant la prise en charge ou encore la reconnaissance de la maladie psychique.

La reconnaissance du handicap psychique donne droit à des compensations pour les personnes malades : c'est-à-dire que la société doit apporter à chaque personne des réponses ciblées à l'altération des capacités qui lui sont propres, pour qu'ainsi elle recouvre son autonomie et son inclusion sociale.

3.1.4.2 Une confusion entre trouble psychiatrique et bien-être psychique

Nous assistons aujourd'hui à recours plus fréquent et plus facile à la psychiatrie en cas de malaise psychique ou de véritable maladie psychique. D'une certaine manière la psychiatrie deviendrait moins « taboue » et une spécialité comme les autres.

L'augmentation des consultations en psychiatrie pourrait faire croire à un recul important de la stigmatisation de la maladie psychique : ce recul n'est pas aussi marqué en réalité. La stigmatisation du « fou » et de la psychiatrie persiste bel et bien sous couvert d'une acceptation sociétale de façade des pathologies du bien-être.

Il existe un risque de créer une confusion entre bien être psychique et maladie psychique dans l'esprit de la population. Ceci peut s'expliquer par la banalisation du recours à la psychiatrie et à une utilisation fréquente de termes médicaux rattachés à des pathologies psychiatriques au

quotidien. Or, ces termes sont employés de manière détournée de leur sens médical dans le langage courant. Ainsi « déprime », « être maniaque » ou encore « être bipolaire » sont employés facilement sans pour autant signifier qu'un diagnostic de trouble psychique a été établi par un médecin.

« Lors de son audition, le docteur Christian Muller, président de la Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers spécialisés, est revenu sur l'émergence de cette notion de santé mentale qui, selon lui, risque de diluer les soins : « Être malheureux ne relève pas du soin. » Ce constat est partagé par le professeur Frédéric Rouillon, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne à Paris, pour qui « le rôle prioritaire de la psychiatrie est de soigner des maladies et non d'écouter de simples difficultés psychologiques ». Quant à M. Mathieu Bellahsen, psychiatre et membre de l'association Utopsy, il s'est référé à la notion de « santé-mentalisme » pour traduire cette évolution. »

(Commission des Affaires sociales, 2013)

D'autre part, la définition de la santé mentale proposée par l'OMS peut contribuer à entretenir cette confusion en posant le bien-être psychique comme condition nécessaire à la santé mentale : « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. »

Cette confusion entraîne une mobilisation diffuse des moyens disponibles en psychiatrie. Il ne s'agit plus seulement de traiter les maladies psychiques telles que décrites dans les manuels médicaux de nosographie mais d'améliorer la qualité de vie psychique afin de viser le bien-être psychique.

Certains médecins soulignent que l'hospitalisation de secteur basée sur les théories institutionnelles a été orientée vers le soin des personnes souffrant de psychose et que son efficacité dans les troubles du bien-être psychique n'est pas démontrée. Les prises en charge proposées par le secteur doivent s'adapter à ces nouvelles demandes, un travail de formation et de réflexion à ce sujet doit donc être développé.

De plus, cette augmentation du recours à la psychiatrie sans hausse des moyens risque d'entraîner une inadéquation entre offre et demande et mettre à mal la continuité et la qualité des soins. Ce seront alors les patients les plus vulnérables, souvent touchés par des maladies psychiatriques handicapantes qui auront en premier plus de difficultés à accéder aux soins dont ils ont besoin.

Le secteur ne peut plus assurer à lui seul l'accueil et les soins de toutes les personnes le sollicitant. La dernière loi concernant la santé met l'accent sur la nécessité de réorganiser les soins psychiatriques en France. Ces derniers doivent s'appuyer sur des réseaux d'intervenants et de structures qui sont à construire autour d'un développement de liens solides entre privé et public, entre sanitaire et médico-social... Le secteur garde un rôle central de service public et doit coordonner les différents intervenants afin d'assurer des soins adaptés à chacun.

« Et donc entrer dans une logique de discussion sur les situations cliniques qui relèvent de la spécificité du secteur et sur celles qui relèvent d'autres branches des activités psychiatriques ou médicales, sanitaires ou médico-sociales. »

(Kapsambelis, 2010)

3.1.4.3 La stigmatisation de la psychiatrie encore d'actualité

Ces vingt dernières années, de nombreux écrits ont été publiés sur la stigmatisation des « fous » ou des « malades mentaux » par la société.

La stigmatisation, concept de psychologie sociale, est définie par Goffman en 1963 comme un « processus dynamique d'évaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres ». Il existe selon lui trois formes de stigmatisations :

- les stigmates visibles : déformations physiques ou manifestations physiques
- les déviations de traits de personnalité incluant les troubles mentaux, les addictions...
- l'appartenance à un groupe ethnique, à une religion, la couleur de peau...

Cette stigmatisation de la folie est fortement ancrée dans l'imaginaire collectif et est à mettre en lien avec l'histoire de la psychiatrie.

« Comme nous l'avons vu, les stéréotypes construits autour de la figure du fou sont très anciens et ancrés dans l'imaginaire collectif. Ils jouent un rôle important au niveau individuel (économie cognitive de l'usage de la catégorisation) et collectif (exigence sécuritaire). »

(Caria et al., 2015)

En France, ce n'est que très récemment que la lutte contre la stigmatisation visant les malades mentaux s'inscrit dans la politique nationale de santé mentale (Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015).

Des campagnes de communication visant à informer et à toucher l'ensemble de la population ont été menées : publicités dans les médias, organisation de la semaine de la santé mentale... Ces mesures ont cependant eu des effets limités sur l'image de la maladie psychiatrique dans la société.

« Toutefois, avec deux décennies de recul, l'efficacité de ces programmes pour modifier les représentations et les attitudes apparaît très modeste et la méthodologie pour les évaluer reste à consolider. »

(Caria et al., 2015)

L'organisation par l'Etat d'un comité de réflexion au niveau national pour réfléchir et organiser une meilleure communication sur la santé mentale est nécessaire.

En effet, le manque de cohérence des informations adressées au public associé à des intentions manquant parfois de clarté rendent les messages de ces campagnes peu lisibles.

« La lutte contre la stigmatisation passe par la professionnalisation de la communication sur la santé mentale, vers le grand public. Les difficultés pour la mettre en œuvre sont connues : absence de " discours commun unitaire de base " entre les professionnels et perception, par le grand public, d'une cacophonie inaudible ; paresse, pour ne pas parler d'insuffisance qui nécessiterait peut-être une formation particulière sur la santé publique, chez de nombreux journalistes qui associent, systématiquement et sans réflexion, violence et " suivi en psychiatrie " ; incapacité des professionnels à positiver les informations sur les soins laissant ainsi la place vacante pour les messages publicitaires de l'industrie pharmaceutique ; image floue des évolutions en cours et déficit de débat sur les concepts de réseaux et les articulations sanitaire et social ; absence de discours politique sur la santé mentale depuis de longues années. »

(Piel et al., 2001)

Ces campagnes d'information nationales et locales doivent viser un large public et être adaptées à celui-ci dans leur forme et leur contenu. Ainsi, les campagnes destinées à la population générale peuvent utiliser différents médias pour multiplier leur chance d'être lues ou vues. L'éducation nationale pourrait intégrer dans les programmes scolaires des informations concernant la santé mentale pour sensibiliser et lutter contre la stigmatisation dès le plus jeune âge. Des informations sur les maladies psychiques, leurs spécificités et leur prise en charge devraient être inscrites dans les formations initiales et continues des différentes professions travaillant dans le secteur sanitaire et médico-social.

En effet, la stigmatisation de la maladie psychique ne concerne pas seulement les patients souffrant de troubles psychiques mais s'étend aussi aux personnes prenant en charge ces patients. De nombreux articles évoquent la stigmatisation des psychiatres par la population générale. Cet article récent met en lumière la stigmatisation des psychiatres par leurs collègues pratiquant d'autres spécialités :

« Les résultats de cette question objectivent une « stigmatisation » forte du métier de psychiatre par leurs confrères. Comme dans certaines études nord-américaines menées sur les représentations des

étudiants en médecine sur la profession, nos résultats mettent en évidence le regard dépréciateur des collègues posés sur les psychiatres. Il est basé sur le principe « qu'il faut bien être fou soi-même pour s'occuper des fous », que « la psychiatrie est contagieuse » ou encore que le psychiatre n'est plus « un vrai médecin » ... Actuellement, cette enquête, utilisée comme un outil de « déstigmatisation » de la psychiatrie et des psychiatres, a abouti à la constitution du groupe de travail européen RPIP (Recruitment and Positive Image Promotion) au sein de l'EFPT (European Federation of Psychiatric Trainees). »

(Sebbane, 2015)

Par ailleurs de nombreux auteurs soulignent la nécessité d'une implication de tous pour lutter contre les conséquences de la stigmatisation de la maladie mentale : politiques, médias, professionnels de santé... Cette implication nécessite la prise de conscience de l'existence de la stigmatisation chez tous ces acteurs et des conséquences de cette dernière dans leurs pratiques.

Enfin, cette modification des représentations de la folie doit devenir une réalité palpable pour les décideurs afin que nous puissions espérer que la population française les écoute :

« Dans ces conditions, la déstigmatisation ne pourra trouver de résolution que dans un engagement de tous, du politique au patient, en passant par les professionnels du soin et de l'accompagnement et de chaque citoyen, afin de faire évoluer les rapports de pouvoir en faveur de la reconnaissance et du respect des droits fondamentaux des personnes vivant avec des troubles psychiques. »

(Caria et al., 2015)

La stigmatisation, en s'appuyant sur la catégorisation, permet l'économie psychique et une lutte contre l'angoisse suscitée par la différence ; elle ne disparaîtra jamais complètement. Par conséquent, la lutte contre la stigmatisation doit être un combat permanent.

« La déstigmatisation de la folie est œuvre de Sisyphe, toujours recommencée, jamais achevée, mais comme le disait Albert Camus « Il faut imaginer Sisyphe heureux ». »

(Caria et al., 2015)

3.1.5 Une double contrainte

Le droit des patients a une place centrale dans les démarches institutionnelles actuelles et dans les interrogations éthiques des intervenants en santé.

La psychiatrie, et en particulier la psychiatrie de secteur, doit répondre à des demandes politiques et sociales qui peuvent sembler contradictoires ou du moins l'être dans certains cas : d'une part, garantir les droits des patients hospitalisés, notamment leur liberté de circuler et d'autre part, garder hospitalisés les patients potentiellement dangereux pour eux-mêmes ou

autrui. La première s'appuie sur la notion éthique de respect du patient hospitalisé, l'autre sur la tendance sécuritaire des politiques. Ces demandes mettent en lumière l'ambivalence de la société à l'égard des malades mentaux.

« Plus fondamentalement, elle renvoie aux attentes d'une société marquée par l'ambivalence que suscite la pathologie mentale. »

(Vacheron et al., 2012)

La politique publique, d'orientation sécuritaire, a tendance à réagir rapidement lors de faits divers mettant en cause des patients ou anciens patients en se positionnant dans un discours souvent accusateur de la psychiatrie. La psychiatrie et les psychiatres sont régulièrement amenés à se justifier sur des décisions médicales et sont interpellés quant à la potentielle dangerosité de leur patient. Or la stabilité des patients souffrant de troubles psychiques est en lien avec une bonne observance du traitement prescrit et l'absence de facteur déclenchant de décompensation (alcool, drogues..). Ces éléments intervenant dans l'évolution de l'état psychique mais aussi dans une éventuelle dangerosité du patient ne dépendent pas directement du psychiatre. Il est vrai que la continuité dans l'offre de soins (association entre hôpital et prise en charge en ville) doit permettre un suivi régulier et favoriser l'observance. Cependant, il ne faut pas négliger l'autonomie du patient. C'est alors l'alliance thérapeutique construite entre soignants et patient qui pourra constituer un rempart contre une rechute éventuelle. Cette alliance reste parfois fragile en lien avec les spécificités de la maladie psychique que nous détaillerons par ailleurs.

« L'équipe de secteur est souvent l'ultime rempart susceptible de contenir l'hétéro agressivité de patients de plus en plus souvent violents. Il est demandé à la psychiatrie d'endiguer les débordements de la folie, et de se porter en même temps garant des libertés fondamentales des malades qu'elle accueille. »

(Bantman, 2010)

Ces demandes émanant des autorités publiques ont toujours existé, ainsi la loi de 1838 qui visait à améliorer les soins aux « aliénés » avait aussi une visée de maintien de l'ordre public. L'évolution actuelle réside plus dans l'importance de la médiatisation et la judiciarisation de certains faits divers où certains psychiatres ont dû justifier de décisions médicales concernant leurs patients. Rendre des comptes à la société et pouvoir expliquer à un tiers la prise en charge et le projet personnalisé d'une personne hospitalisée font partie d'une démarche de développement de la qualité des soins et, de manière associée, de bientraitance. Cependant, ce regard pour être inscrit dans une démarche éthique et de justice se doit d'être neutre, bienveillant et prendre en compte l'ensemble des données. Les pressions sécuritaires et du « tout répressif »

peuvent gommer cette neutralité et parfois rendre difficile la prise en compte de tous les éléments notamment en précipitant des décisions punitives.

Cette ambivalence est renforcée par les tendances actuelles :

« Cette approche ambivalente entre en résonance avec plusieurs tendances actuelles : par exemple la suppression de trop nombreux lits en psychiatrie, avec un transfert des moyens sur les structures alternatives extrahospitalières, pour des raisons à la fois thérapeutiques et financières – situation pouvant amener la sortie trop rapide de patients non encore équilibrés sur le plan psychiatrique ; ou la « judiciarisation » de notre société, qui s'exprime en particulier dans le domaine médical avec l'émergence d'un contre-pouvoir judiciaire face à la « toute-puissance » du médecin ; ou encore les limites de la sectorisation psychiatrique, laquelle n'offre, du fait de la pauvreté en structures d'aval, que peu de réponses aux patients les plus exclus, toxicomanes et sans domicile fixe, et ne répond que difficilement à leurs besoins d'hospitalisation... »

(Vacheron et al., 2012)

Cette difficulté à trouver une position éthique prenant en compte tous les éléments de chaque situation sans subir la pression du contexte politique et médiatique est soulignée par la HAS dans sa note d'orientation d'octobre 2013 intitulée « Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale » :

« La difficulté d'équilibrer qualité des soins, respect des libertés individuelles, et légitime souci de sécurité dans un contexte de forte médiatisation d'incidents dramatiques impliquant des personnes souffrant de maladie mentale. »

(HAS, 2013)

Les interactions entre attentes sociales, décisions politiques et politique de santé mentale sont importantes et méritent de nous amener à un questionnement sur les raisons et le rôle que jouent les médias et les représentants politiques dans le maintien de cette image négative de la folie.

« Ainsi comme le disait D. Friard « médias et politiques se relaient pour donner une image désastreuse de la psychiatrie. Nous n'adhérons pas à cette image qui tend faire croire que folie égale violence et meurtre [...] Certains patients n'osent plus sortir de chez eux [...]. Ils se taisent [...]. Les représentations archaïques de la folie se portent bien dans les médias et dans les discours de certains hommes politiques qui ont davantage stigmatisé des hommes et des femmes qu'informé ».

(Kalampalikis et al., 2007)

3.2 Le visage de l'offre de soins psychiatriques sur le secteur

Le visage de la psychiatrie en France a beaucoup évolué au cours des dernières décennies. Des changements organisationnels, liés à une nouvelle politique de santé mentale prenant en compte

le patient en tant qu'« usager » mais aussi aux influences de théories du soin ayant un ancrage plus scientifique et rationnel, ont été entrepris.

3.2.1 Une fréquentation en hausse

La fréquentation des CMP et des consultations libérales est en forte hausse ; en effet 1,2 million de personnes déclarent avoir consulté en psychiatrie durant l'année (1999) :

« On a ainsi pu évaluer à 56 % l'augmentation du nombre de personnes suivies par les secteurs de psychiatrie en dix ans (de 1989 à 1999) et à 19,4 % celle des consultations par les psychiatres de ville entre 1992 et 2001 (DREES, 2003). »

(Cases et al., 2004)

3.2.2 Des disponibilités de lits de psychiatrie globalement à la baisse

Dans le secteur privé, le nombre de lits d'hospitalisation en temps complet est resté stable ces dernières années alors qu'une nette diminution du nombre de lits est à noter dans le secteur public. La France reste le 4^{ème} pays européen en nombre de lits d'hospitalisation de psychiatrie par 100 000 habitants (104 pour 100 000 habitants en 2001) :

« La diminution constante du nombre de lits constatée pour la psychiatrie sectorisée depuis plusieurs années (entre 1991 et 1997 : -27 % pour les adultes, -42 % pour les enfants) était encore, entre 1999 et 2000, de 5,4 % alors qu'on assiste à une forte augmentation de l'activité des secteurs (+46 % de patients suivis pour les adultes et +49 % pour les enfants, entre 1990 et 1997). L'évolution des capacités a peu touché le privé. »

(Cases et al., 2004)

3.2.3 Une offre de soins inégale sur le territoire

Le maillage du territoire français est très inégal sur le plan de l'offre de soins psychiatriques. Ainsi d'un département à un autre, le ratio de nombre de lits d'hospitalisation par 100 000 habitants varie de 1 à 10. Cette inégalité s'exprime aussi dans le nombre de structures spécialisées par département avec une « centrifugation » autour des villes ayant un pôle universitaire important.

De plus, l'offre en nombre de psychiatres par 100 000 habitants est elle aussi très dépendante de la localisation. Le nombre de psychiatres en France est passé de 2 000 en 1960 à 15 000 aujourd'hui.

Il existe une forte disparité entre les différents territoires français, inégalité entre ville et campagne et entre les différents départements en fonction de leur pouvoir d'attractivité pour les professionnels de santé :

« La répartition des psychiatres, libéraux ou salariés, est par ailleurs extrêmement variable selon les régions : l'Île-de-France enregistre une densité de psychiatres de 88 pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale de 22. À l'opposé, c'est dans les départements d'outre-mer qu'ils sont les moins nombreux : 8 pour 100 000 habitants. »

(Cases et al., 2004)

3.2.4 Vers une spécialisation des lieux d'hospitalisation

Le transfert des anciens « patients chroniques du secteur » dans des unités ne relevant plus de la psychiatrie de secteur s'est accéléré. Cette bascule et ce recentrage de l'hospitalisation de secteur en lieu de soin pour les états aigus des maladies psychiatriques ont été rendus possibles par la création et le redéploiement des structures d'accueil et de soins des patients qui étaient auparavant hospitalisés dans le secteur.

D'une part, nous assistons actuellement à la création de nouveaux établissements assurant la prise en charge de populations spécifiques, populations qui avaient souvent une « place chronique » en secteur psychiatrique. L'offre des maisons de retraite avec ou sans accueil médicalisé, des foyers d'accueil médicalisé, de maisons d'accueil spécialisé ou encore des centres de cure ou de postcure s'étoffe. Cette offre relève à la fois d'une offre du secteur public et du secteur privé.

D'autre part, l'hospitalisation en psychiatrie non organisée en secteur est en plein essor. Le nombre de lits dans des services universitaires intégrés à des centres hospitaliers universitaires généralistes sont stables ces dernières années et les services spécialisés dans un domaine précis de la psychiatrie se multiplient : centre expert bipolaire, centre expert autisme, espaces adolescents, services spécialisés en addictologie.

Il est important de préciser que le public accueilli en clinique privée et dans les secteurs diffère, que ce soit sur le plan démographique, sur le plan socio-professionnel ou sur celui de la pathologie psychiatrique.

« Comme dans d'autres disciplines, les différentes catégories d'établissements de santé en psychiatrie se sont spécialisées dans des pathologies et des types de population différents. Ainsi, on traite davantage de dépressions dans le privé et plus de troubles délirants dans le public. La clientèle des cliniques se rapproche de celle que les secteurs suivent en ambulatoire : vie en couple, activité

professionnelle plus fréquentes. Les clientèles féminines en particulier sont très proches sur le plan socio-familial.

À l'opposé, les populations suivies à temps partiel et temps plein par les secteurs et dans les établissements de postcure privés ont en commun une forte proportion de jeunes adultes de sexe masculin présentant des pathologies invalidantes et cumulant difficultés socioprofessionnelles et isolement affectif. »

(Cases et al., 2004)

3.2.5 Un redéploiement de l'offre de soins

Comme évoqué précédemment, l'évolution des prises en charge a conduit à la création de différentes formes d'hospitalisation. L'hospitalisation à temps plein ne constitue plus la forme dominante d'hospitalisation ; l'hospitalisation de nuit, les hôpitaux de jour ou encore les CATTP sont des lieux d'hospitalisations séquentielles permettant un accueil régulier et une continuité des soins.

Aussi, dans le secteur public, la majeure partie des patients sont suivis au CMP en ambulatoire. L'organisation hospitalo-centrée laisse place progressivement à une organisation centrée sur la cité. Les prises en charge psychiatriques en libéral se sont beaucoup développées.

De nouvelles formes de prises en charge, dont le but est d'aller à la rencontre de la personne, se développent : les équipes mobiles de psychiatrie avec souvent une prise en charge spécifique orientée vers les personnes âgées ou encore les personnes en situation de précarité, les visites à domicile, les services d'accompagnement avec une double orientation médicale et sociale (SAMSAH)... Ces soins à domicile prennent en compte le sujet en tant que personne insérée dans son milieu de vie et visent à maintenir ses liens avec la cité. Les GEM, groupes d'entraide mutuelle, ont été créés par la loi handicap de 2005. Ils ont pour objectif de lutter contre l'isolement des personnes atteintes de troubles psychiques et de les aider à se responsabiliser en leur confiant la gestion des structures accueillant les groupes et des moyens d'aide proposés. Le patient devient ainsi, par son expérience, une personne ressource pour mieux appréhender la maladie mentale et proposer des solutions adaptées aux besoins.

L'augmentation de la demande de soins en psychiatrie et la multiplication des intervenants dans les prises en charge tant sur le plan psychique que somatique et social ont pour conséquence la nécessité d'une réorganisation de l'offre de soins avec le développement de réseaux de soins publics et privés coordonnés par le CMP. Un travail pour améliorer la communication et la coopération des nombreux acteurs intervenant auprès des usagers de psychiatrie est en train de se mettre en place et doit être valorisé.

3.3 De nombreux bouleversements

La psychiatrie de secteur est en constant mouvement et a dû faire face à de nombreuses « crises » tant idéologiques qu'organisationnelles. A l'heure actuelle, les conséquences de ces nombreux bouleversements sont à évaluer et à comprendre pour permettre au secteur de continuer d'assurer toutes ses missions auprès des usagers.

3.3.1 Evolution des théories utilisées en psychiatrie

Les soins psychiatriques actuels sont basés sur des orientations théoriques variées. Les théories psychiatriques traditionnelles d'orientation psychanalytique doivent désormais tenir compte des apports de la psychiatrie biologique, des neurosciences, des thérapies comportementales...

Nous reviendrons brièvement sur les concepts propres à chacune.

3.3.1.1 Les neurosciences

Les neurosciences sont les études scientifiques du système nerveux, tant du point de vue de sa structure que de son fonctionnement, depuis l'échelle moléculaire jusqu'au niveau des organes, comme le cerveau, voire de l'organisme tout entier.

Historiquement, les neurosciences ont d'abord émergé comme une branche de la biologie et de la médecine. Avec l'évolution des connaissances scientifiques et des méthodes, la chimie, la psychologie, l'informatique et la physique ont par la suite amplement contribué aux progrès de cette discipline. Par ailleurs, il ne faut pas oublier la philosophie qui a eu, et a encore, un impact important sur la façon d'approcher les neurosciences notamment au travers de ce qu'on appelle les sciences cognitives.

Aujourd'hui, l'étude du système nerveux passe par de multiples approches qui suivent deux grandes directions :

- une approche ascendante, ou *bottom-up*, qui étudie les briques de base du système nerveux pour essayer de reconstituer le fonctionnement de l'ensemble;
- une approche descendante, ou *top-down*, qui, en étudiant les manifestations externes du fonctionnement du système nerveux, tente de comprendre comment il est organisé et comment il fonctionne.

Les relations entre psychiatrie et neurosciences sont complexes du fait qu'il existe une opposition entre ces deux conceptions dans une démarche psychopathologique. Comprendre et utiliser ces conceptions de manière complémentaire permettrait d'ouvrir la recherche et la

clinique à des pratiques nouvelles au plus près des découvertes en neurosciences tout en maintenant les relations interpersonnelles en tant qu'élément central des soins.

« Les relations entre psychiatrie et neurosciences sont rendues complexes par une difficulté propre à la psychiatrie à articuler de manière complémentaire compréhension et explication, psychologie du sens et psychologie des mécanismes, pratique subjective et objective, dont la complémentarité fonde pourtant la démarche psychopathologique. La mise en opposition artificielle de ces deux perspectives tient en grande partie à l'écart séparant les niveaux de complexité accessibles à l'approche objective et expérimentale d'une part, et à l'approche subjective clinique de l'autre. Le développement de ponts entre ces logiques de description et d'explication est donc nécessaire. Les sciences cognitives, et notamment le champ d'étude des « cognitions sociales », qui déplacent le débat de la classique frontière psychologie/neurobiologie (« brain / mind problem ») vers une autre frontière entre psychologie des mécanismes et psychologie du sens, au sein d'une psychopathologie pluraliste, peuvent y contribuer utilement. »

(Georgieff, 2009)

3.3.1.2 La psychiatrie biologique

La psychiatrie biologique est une science interdisciplinaire qui s'intéresse aux bases biologiques du fonctionnement du corps et du cerveau : physiologique, biochimique, génétique et neurologique et leur application dans la compréhension et le traitement de la maladie mentale. De nombreuses recherches en psychopharmacologie ont permis des avancées sur la compréhension des mécanismes par lesquels les médicaments employés en psychiatrie (psychotropes, antidépresseurs...) agissent sur les symptômes présents dans les troubles psychiques et modifient les comportements. Des avancées concernant la biologie moléculaire permettent d'avoir une vision plus fine des fonctionnements de la cellule et notamment des neuromédiateurs impliqués dans diverses manifestations psychiatriques.

L'existence de médicaments psychotropes ayant une efficacité sur les symptômes de nombreuses maladies psychiatriques a révolutionné les pratiques en psychiatrie : diminution de la durée des hospitalisations, qualité de vie des patients...

3.3.1.3 Les thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies cognitives et comportementales ont pour base commune des théories issues de la psychologie dite scientifique. Ainsi, ces thérapies sont fondées sur les théories du conditionnement (issues du béhaviorisme), sur celles de l'apprentissage social et sur celles de la cognition. L'objectif est la guérison des symptômes cibles : phobie, obsession ou encore

addiction. Le thérapeute peut utiliser différentes approches : immersion durable dans la situation pathogène, l'inhibition réciproque, le renforcement positif et négatif...

Ces thérapies sont actuellement des alternatives aux thérapies psychanalytiques et ont montré leur efficacité dans de nombreux troubles psychiatriques : troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs, addictions...

3.3.1.4 Les psychothérapies psychanalytiques

Etymologiquement thérapie de l'esprit (construite sur les racines grecques *therapeia* et *psykhê*), la psychothérapie est un traitement basé sur la relation interpersonnelle entre le patient et le thérapeute (transfert et contre-transfert) dans le cadre d'un contrat explicite de soin. La psychothérapie en s'appuyant sur la notion de transfert se distingue des techniques d'accompagnement de l'individu « sain » tels que le coaching, le développement personnel...

Il existe en France différentes écoles psychanalytiques et donc différents types de psychothérapies. Les psychothérapies au cadre très rigide ont tendance à laisser place à des formes plus souples tant dans la relation entre thérapeute et patient que dans la fréquence ou la durée des séances...

Elles sont recommandées seules ou associées à des traitements médicamenteux dans le cadre de prises en charge des troubles anxieux, des troubles thymiques ou encore de troubles de la personnalité...

3.3.1.5 Les thérapies familiales et systémiques

La thérapie familiale considère les troubles psychologiques et comportementaux du membre d'un groupe comme un symptôme du dysfonctionnement dudit groupe (généralement la famille). Elle implique donc un traitement du groupe et une participation de tous ses membres.

Les thérapies familiales peuvent s'appuyer sur les théories systémiques ou psychanalytiques.

Les thérapies systémiques familiales ne sont pas des thérapies dites de groupe. Leur caractère familial signifie qu'elles tiennent compte de l'implication de tous les membres qui composent la famille, mais ne traitent pas tous les membres en groupe. L'accent est mis sur la façon dont les pensées et comportements des autres membres de la famille (par rapport au « malade » désigné) peuvent contribuer à entretenir un comportement symptomatique. Un changement approprié dans un sous-système entraîne souvent une évolution majeure du système entier. Les séances de thérapie familiale peuvent ainsi, dans certains cas, avoir lieu en l'absence du « malade » désigné.

Les défenseurs de chacune de ces théories se sont affrontés pendant de longues années. Les évolutions des pratiques actuelles visent à prendre en compte les aspects subjectifs des différentes formes de psychothérapie et les aspects objectifs des neurosciences pour élaborer une théorie éclectique et intégrative.

« Ainsi, la situation a beaucoup évolué et la conception de l'éclectisme élargi permet de l'envisager en fonction d'indications posées sur de seuls critères scientifiques tenant à la fois à la pathologie du patient, à sa demande, aux données du côté du thérapeute, aux possibilités pratiques, etc. »

(Marie-Cardine, 2009)

De plus, les thérapies individuelles et les thérapies interindividuelles (familiales ou de groupe) apparaissent comme des modalités complémentaires de prise en charge.

Ainsi, les différentes méthodes de soins tendent à être utilisées en fonction de la formation des thérapeutes mais aussi des besoins et des souhaits des patients.

« La question posée en psychiatrie est bien celle de l'articulation entre différentes méthodologies visant une même réalité clinique mentale et comportementale. »

(Georgieff, 2009)

Cependant, dans ce nouveau paysage psychiatrique, la thérapie institutionnelle et les concepts sur lesquels elle repose semblent avoir été délaissés ; ainsi, ils n'apparaissent plus de manière lisible dans les formations des professionnels travaillant en santé mentale et dans l'organisation des soins à l'hôpital psychiatrique. Or, comme nous l'avons vu, la thérapie institutionnelle a permis de penser puis d'élaborer les différentes modalités thérapeutiques proposées à l'hôpital psychiatrique tout en tenant compte du bien-être des patients. Cette évolution entraîne donc une diminution de la compréhension par les soignants des enjeux institutionnels et de la nécessité de situer le patient au centre du projet thérapeutique en tant que « sujet » et non « objet » des soins.

3.3.2 La « scientification » de la psychiatrie

En devenant une science à part entière, la psychiatrie utilise de nouveaux outils et méthodes objectifs et statistiques de classification et compréhension des maladies psychiques.

Le risque, devant cette évolution du contenu et de la forme des formations médicales et paramédicales mettant l'accent sur la classification nosographique et le diagnostic porté, est de perdre de vue des notions essentielles dans le soin : l'humanité et la singularité propre à chaque être humain.

« Ce n'est pas le savoir scientifique qui est en cause mais le rapport au savoir. Le désir d'accéder à la connaissance du vrai, qui passe par le langage théorique et conceptuel, n'est pas ne lui-même un facteur d'altération de la relation à autrui et participe même, indirectement, à l'éthique. Mais le rapport au savoir peut familiariser les individus à se rapporter à leurs semblables de manière objectivante. Le rapport à l'autre est dicté par une prétendue vérité qui s'intercale entre le patient et les thérapeutes, empêchant une authentique rencontre. Ce réductionnisme transforme la théorie en idéologie, suturant la relation à l'autre. »

(Cano, 2006)

La psychiatrie, malgré son rattachement à la médecine, reste une science à part avec ses spécificités. Elle est avant tout une science de l'humain avec sa part d'inconnu et d'approximation. Comme le disait Eugène Minkowski, la psychiatrie est « la plus scientifique des sciences humaines et la plus humaine des sciences » (PPSM 2005-2008).

Elle doit être enseignée en tant que telle. Un des buts de la formation est de permettre aux professionnels de santé, quelle que soit leur fonction, de mieux appréhender les spécificités de la psychiatrie et les aider à développer des capacités d'adaptation à l'imprévu, à l'inconnu.

Cette importance accordée à la classification diagnostique selon la nosographie internationale peut entraîner une distance par rapport au patient. Ce positionnement médical ou soignant peut conduire à une objectivisation du patient au risque de ne plus percevoir ce dernier comme un sujet dont les droits et l'autonomie doivent être respectés. De plus, il existe un risque de perdre une certaine finesse clinique et, par conséquent, de percevoir avec moins de clarté la complexité propre à chaque individu. Les processus psychopathologiques sous-jacents passent donc parfois au second plan dans la réflexion clinique alors qu'ils sont essentiels pour comprendre et prendre en compte la manière dont chaque individu pense et peut investir l'autre. Ce besoin de catégorisation peut mettre à mal la rencontre de l'Autre et constituer un frein à la bientraitance, à l'alliance thérapeutique mais aussi à l'élaboration d'un projet de soins personnalisé et adapté.

« La clinique psychologique, psychiatrique comme la clinique psychanalytique relèvent d'une science empirique qui s'occupe d'individus particuliers, singuliers ne pouvant être réduits à leur symptôme. Le fonctionnement psychique de la personne, dont son inconscient, doit être pris en compte et il ne peut être réduit à une étiquette. »

(Segers-Laurent, 2015)

3.3.3 Psychiatrie et recherche

Depuis une vingtaine d'années, la psychiatrie a entrepris une modification de ses pratiques. Ainsi, elle vise à améliorer ses pratiques en les basant sur des preuves scientifiques. La

psychiatrie s'ouvre donc à la recherche et s'investit dans une démarche active de recherche sur les plans cliniques et thérapeutiques.

« Un premier pas a été fait il y a 20 ans par la création de la Fédération française de psychiatrie, axée initialement sur la recherche, regroupant la plupart des sociétés savantes de psychiatrie et mettant en place une commission interface avec l'Inserm. La Fédération française de psychiatrie a développé ensuite son activité, souvent en partenariat avec la Haute Autorité de santé, ou la Direction générale de la santé, vers des auditions publiques, des conférences de consensus, des référentiels ainsi qu'à travers le soutien à des activités scientifiques des sociétés composantes. Elle s'est dotée d'un conseil scientifique constitué de plusieurs collèges et, en particulier, d'un collège qualité. Elle s'est impliquée, en conservant toute son indépendance, dans la mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles. Elle a choisi cependant, dans ce domaine, de ne pas devenir une organisation agréée, de façon à maintenir la diversité dans le champ de l'EPP en psychiatrie. Trois sociétés savantes de la Fédération ont obtenu l'agrément de la HAS pour les EPP. »

(Schmit, 2010)

Même si de nombreuses décisions restent empiriques, la médecine des preuves ou *evidence-based medicine* est de plus en plus présente dans les formations. Ainsi, elle est utilisée de manière croissante par les psychiatres dans leurs pratiques professionnelles.

En effet, depuis le rattachement de la psychiatrie à la médecine, la formation des internes en psychiatrie est assurée par la faculté de médecine. La lecture critique d'articles fait désormais partie intégrante des cours dispensés. De plus, la faculté facilite les démarches universitaires et encourage les étudiants le souhaitant à compléter leurs connaissances par un Master en sciences. Il existe une forte compétitivité chez les étudiants de médecine afin de réussir leurs études mais aussi entre praticiens afin d'obtenir les postes convoités. Ces postes, souvent en centre hospitalier universitaire, sont plus facilement accessibles aux étudiants et/ou praticiens ayant une activité de recherche et ayant publié des articles dans des revues de renommée nationale ou internationale. Cependant, cette réalité peut conduire à une certaine confusion et méfiance envers les résultats des publications des chercheurs. En effet, la littérature scientifique souligne une multiplication de faux résultats et de biais liés d'une part à la pression économique (lobby pharmaceutique important), à la forte volonté de réussir mais aussi, à l'opposition encore virulente entre différentes écoles de pensée existant en psychiatrie.

« Ceux qui s'investissent dans la compétition pour l'accès aux postes d'universitaires en psychiatrie seront donc poussés à s'engager dans des travaux conformes à la doxa de la recherche médicale.

Seront ainsi privilégiés les domaines de l'épidémiologie psychiatrique et des essais cliniques de médicaments. »

(Pinell, 2004)

Notons que la recherche en secteur psychiatrique, hors hôpital universitaire, en est encore à ses débuts. Cependant, un nombre grandissant de services participe à des études cliniques et cherche à développer et à valoriser une activité de recherche. Pour faciliter cette démarche, le principe du partenariat entre service de secteur et service psychiatrique en centre hospitalier universitaire (CHU) tend à se développer. Il permet de mutualiser les moyens humains, financiers et techniques mais aussi d'insuffler un nouvel élan de réflexion en faisant intervenir un regard extérieur.

3.3.4 Réflexions sur la place de la thérapie institutionnelle dans les secteurs psychiatriques.

De nombreux auteurs s'interrogent sur la place accordée à la thérapie institutionnelle et aux valeurs éthiques qu'elle prône dans la pratique quotidienne en service psychiatrique hospitalier à temps plein.

La société actuelle, post moderne, dont l'hôpital constitue en quelque sorte une version miniature, vise à accorder un pouvoir égal à tous les corps professionnels représentés en psychiatrie. Cette égalité, nouvelle conception des relations interprofessionnelles, a pour objectif de libérer la parole, d'élargir les débats et ainsi, de réfléchir en équipe, dans une démarche bienveillante, aux soins proposés et à la relation avec le patient. Cette démarche institutionnelle vise une souplesse dans le soin et une créativité au sein de l'institution, mesures dont l'importance est soulignée par la thérapie institutionnelle. En ce sens, les pratiques actuelles tendent à maintenir leurs assises sur la thérapie institutionnelle. Cependant, force est de constater que cette égalité n'est pas une réalité dans tous les services de psychiatrie et que l'émergence d'une figure d'autorité permettant de réguler le fonctionnement du service ou de l'institution est souvent source de conflits internes.

« Cette première condition, – l'égalité suffisante – est bien connue dans le fonctionnement de la thérapie institutionnelle. La seconde condition par contre, – l'autorité suffisante –, est un processus d'autant moins conscient et plus subtil qu'il est déterminé non pas par le projet institutionnel explicite, mais en bonne partie par l'implicite institutionnel.

L'évolution du modèle social dit post-moderne, vers plus d'horizontalité, favorise le développement de l'égalité intra-institutionnelle; par contre, il freine voire rend suspect l'apparition de figures d'autorité... c'est pourtant à ce prix que l'institution reste vivante et créative... »

(Kinool, 2006)

De plus, face à de nombreuses contraintes organisationnelles et budgétaires, les concepts défendus par la thérapie institutionnelle ont du mal à trouver une place centrale dans la politique de santé mentale actuelle.

En effet, la gestion et l'organisation des hôpitaux se calquent progressivement sur celles des entreprises et doivent prendre en compte les restrictions budgétaires imposées par les autorités de tutelle. Ceci entraîne des bouleversements rapides dans les pratiques et constitue un défi pour maintenir la thérapie institutionnelle et l'éthique sous-jacente comme moteurs du soin.

Cette gestion des hôpitaux, tournée vers la rentabilité et l'équilibre budgétaire, entraîne une pression sur tous les professionnels en instaurant la nécessité de pouvoir « justifier » de l'activité du service et de la qualité des soins fournis et ainsi obtenir un budget de fonctionnement adéquat. Ces évolutions entraînent des modifications importantes dans le travail demandé au personnel soignant. Ainsi, les tâches administratives se sont beaucoup alourdies et s'ajoutent aux actes de soins sans qu'il n'y ait eu de compensation par une augmentation des effectifs. Les soignants disposent donc de moins de temps pour créer et maintenir une relation de qualité avec le patient. Les relations interpersonnelles variées ainsi que la diversité des activités proposées au patient étant deux principes thérapeutiques fondamentaux de la thérapie institutionnelle, la diminution du temps et de l'énergie disponible peut mettre à mal le « bon soin » tel qu'il est conçu par celle-ci. D'autre part, de nombreux soignants ont l'impression de ne pas avoir suffisamment de temps d'élaboration en équipe ou de temps disponible pour la formation individuelle ou de groupe. Certains se comparent à des « gardiens » et ont une image négative de leur profession, ce qui entraîne un risque accru de fatigue et de *burnout* et donc, de maltraitance.

Enfin, dans une société de consommation où l'évaluation de la qualité devient omniprésente, celle-ci est souvent confondue, à tort, avec l'évaluation du respect des notions éthiques intrinsèques au « bon » soin : bienfaisance, non-malfaisance, sollicitude. En effet, il existe peu d'études ayant pour sujet l'inscription des notions éthiques dans le soin. Aussi, développer des outils afin d'évaluer la place de la réflexion éthique dans les prises de décisions médicales et paramédicales semble important. Ces outils permettraient de donner des repères pour réaffirmer la place centrale de l'éthique et aider les soignants à mettre du sens dans leur pratique. Donner du sens à leur travail est une recherche partagée par de nombreux professionnels confrontés aux contradictions entre les notions d'éthique qu'ils apprennent durant leur formation et la pratique dans les unités où ils travaillent, notamment autour des principes d'autonomie et de non-

malfaisance (hospitalisation sans consentement , traitement injectable, isolement ou contention).

Les exigences et demandes des usagers ont tendance à croître sans que les devoirs de ceux-ci envers l'institution ou les professionnels y travaillant ne soient clairement érigés, devoirs de respect et de bienveillance nécessaires au maintien d'un bon fonctionnement de ces structures. Un déséquilibre, du moins en apparence, entre droits et devoirs des usagers et ceux des professionnels semble apparaître et peut compliquer les prises en charge qui ne peuvent être réduites à une simple réponse à des besoins.

« Avec l'extension de la logique marchande, on assiste à la montée d'un déséquilibre dans la portée des termes de la relation de service, au détriment de la « relation » et au profit du « service ». Ce qui veut dire que ce qui a toujours fait la spécificité de la relation de service au sein du domaine social et médico-social, à savoir la relation, se voit aujourd'hui remplacé par des services dont l'objet serait uniquement la réponse aux besoins, la production d'un résultat efficace et rapide, prêt à être « consommé » par le public. »

(ANESM, 2010a)

Partie 3 : La question de la bientraitance appliquée à la psychiatrie

Nous avons vu dans le chapitre précédent le lien étroit entre psychiatrie et politique mais aussi entre psychiatrie et droit. La politique oriente les soins proposés en psychiatrie et joue un rôle important dans la définition de la norme et de l'acceptable. Le droit prend en considération les évolutions culturelles, religieuses et idéologiques de la société. Il impose donc un cadre à la psychiatrie tenant compte de ces évolutions. Par conséquent, s'interroger sur la place accordée à la bientraitance en psychiatrie implique de s'interroger sur la manière dont la bientraitance est inscrite dans la politique de santé mentale et dans la législation. De plus, cette analyse peut nous aider à mieux comprendre le sens donné à la bientraitance et la façon dont la bientraitance est investie et appliquée dans les services sectorisés d'hospitalisation de psychiatrie générale.

Nous nous sommes d'abord intéressés à l'emploi du terme *bientraitance* et des notions s'y rapportant dans les textes politiques d'orientation des soins en santé mentale et dans les textes juridiques encadrant les soins en France puis, au contenu et au sens de ces textes.

Nous avons donc étudié, dans un premier temps, la forme puis le contenu des deux plans Psychiatrie et Santé mentale et leurs évaluations respectives puis dans un deuxième temps la forme et le contenu des lois relatives à la santé, et en particulier à la santé mentale.

Enfin, nous nous sommes penchés sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant les questions éthiques suivantes : la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance. Le contenu de ces textes concerne les personnes vulnérables prises en charge par le système de soin français. Il est désormais admis que les personnes hospitalisées en psychiatrie présentent pour la plupart une vulnérabilité et sont donc une population à risque accrue de maltraitance.

Nous avons donc cherché à percevoir la place accordée à la psychiatrie et à ces spécificités dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Chapitre 1 : La bientraitance dans la politique de santé mentale

Le terme *bientraitance* est très peu utilisé dans les écrits des différents organismes étatiques chargés de la politique de santé mentale ou de la gestion des établissements médicaux et médico-sociaux.

Cependant, les notions de bientraitance sont fréquemment rencontrées de manière implicite dans les plans Psychiatrie et Santé mentale. La plupart des mesures préconisées par ces textes n'ont pas encore été mises en place ; les autres doivent être évaluées afin de déterminer leur efficacité.

Ces plans, ayant pour but de mieux organiser les soins en psychiatrie, mériteraient une plus grande visibilité. En effet, de nombreux professionnels travaillant dans les établissements sanitaires et médico-sociaux dans le champ de la psychiatrie ne connaissent pas leur existence et ne peuvent donc se saisir de leur contenu.

1.1 Emploi des termes liés à la bientraitance dans les plans de santé mentale

La santé mentale est un enjeu de santé important dans le monde. Les maladies psychiques par leur fréquence, leur impact sur la vie des personnes atteintes et de leurs proches en font une priorité de santé publique.

Dans son aide-mémoire « La santé mentale : renforcer notre action » (OMS, 2016), l'OMS définit la santé mentale ainsi :

« un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la société ».

(OMS, 2016)

L'OMS a rédigé un nouveau plan d'action globale pour la santé mentale 2013-2020. Il fait suite au programme d'action de l'OMS « Comblent les lacunes en santé mentale » lancé en 2008. Le but du plan actuel de l'OMS est de « promouvoir le bien-être mental, de prévenir les troubles mentaux, de dispenser des soins, d'améliorer les chances de guérison, de promouvoir les droits de l'homme et réduire la mortalité, la morbidité et le handicap chez les personnes atteintes de troubles mentaux » (ibid.).

A noter également que la journée mondiale de la santé mentale était consacrée en 2015 à la dignité en santé mentale.

Ce contexte international favorable, de promotion de la santé psychique et de lutte pour les droits fondamentaux des personnes souffrant de troubles psychiques, a conduit les pouvoirs publics français à se pencher sur les pratiques en santé mentale et la nécessité de rénover le système de soin en psychiatrie. Cette prise de conscience relativement récente se traduit entre autre par la publication de plans Psychiatrie et Santé mentale qui visent à planifier et organiser les soins en psychiatrie. Pour définir et comprendre la place de la bientraitance dans la politique de santé mise en place, nous allons nous intéresser :

- au Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 (Ministère chargé de la Santé, 2005),
- au Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 (Ministère chargé de la Santé, 2012),
- aux rapports d'évaluation (EPPSM) de ces deux plans de santé publiés par le Haut Conseil de la santé publique en octobre 2011 pour le premier et en avril 2016 pour le second.

Nous avons donc cherché de manière systématique les utilisations dans ces plans et évaluations de termes en rapport avec la bientraitance. Les termes que nous avons choisis sont : soit des notions éthiques définissant le terme bientraitance, soit des termes liés à la définition de la maltraitance. Ainsi, nous avons retenus les termes : *bientraitance, dignité, respect, bienveillance, non-malfaisance, sollicitude, éthique du care, maltraitance, abus, négligence et violence*.

1.1.1 Bientraitance

En cherchant les occurrences du terme *bientraitance* dans les Plans Psychiatrie et Santé mentale (PPSM), il nous est apparu que le mot *bientraitance* n'était jamais employé dans le PPSM 2005-2008 comme dans l'EPPSM correspondante.

1.1.1.1 Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015

Dans le PPSM 2011-2015, *bientraitance* apparaît à deux reprises : la première fois dans le paragraphe « Repenser la sécurité en psychiatrie, à travers le fil conducteur de la bientraitance ». Il est intéressant de noter que dans ce titre, l'emploi de ce terme est associé à la sécurité en psychiatrie. *Bientraitance* est utilisé à nouveau dans le texte de ce paragraphe qui l'associe cette fois à la qualité des soins :

« En psychiatrie plus qu'ailleurs, la question de la sécurité (et des passages à l'acte violents, envers soi-même ou envers autrui) est intimement liée à la question de la qualité des soins et de la bientraitance. »
(Ministère chargé de la Santé, 2012)

Que ce soit la sécurité du soignant ou de l'utilisateur, cet usage semble assez réducteur et ne prend pas en compte la complexité des notions éthiques sous-entendues par l'emploi de ce mot.

Bientraitance apparaît un peu plus loin dans le paragraphe « Adapter les pratiques de gestion des ressources humaines aux spécificités de l'exercice en psychiatrie ». *Bientraitance* est utilisé pour faire valoir l'importance d'un regard neuf dans une démarche de promotion de la bientraitance :

« La bientraitance en psychiatrie se nourrit du regard de nouveaux professionnels, qu'il faut donc régulièrement accueillir, sans exclusive, dans tous les services de soin. »

(Ministère chargé de la Santé, 2012)

Cette approche de la bientraitance permet d'initier une réflexion éthique mais celle-ci n'intègre peut-être pas suffisamment la nécessité pour la bientraitance d'être « nourrie » régulièrement par un travail collaboratif de l'ensemble des professionnels (soignants, non soignants et management). La bientraitance est une démarche active devant s'inscrire dans la durée de tous en tenant compte des valeurs communes à l'établissement.

1.1.1.2 Evaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015

Dans l'EPPSM 2011-2015 du HCSP, *bientraitance* est utilisé à 6 reprises :

- 4 fois en lien avec la sécurité en psychiatrie.
- 1 fois pour évoquer une des missions du Centre ressource régional de psychiatrie du sujet âgé (CRRPSA) :

« travaux spécifiques sur les questions d'éthique, de consentement aux soins des sujets âgés et de promotion de la bientraitance ».

(HSCP, 2016)

- 1 fois en reproduisant à l'identique la phrase du PPSM concernant la nécessité de porter un regard neuf sur la démarche de bientraitance.

1.1.2 Dignité et respect

Ces deux termes sont fréquemment employés dans les deux PPSM et les EPPSM correspondantes.

1.1.2.1 Dignité

Dans le PPSM 2005-2008, *dignité* est utilisé à 6 reprises. Il n'apparaît pas seul mais toujours associé : « dignité des personnes atteintes de troubles mentaux », « dignité des patients » ou

encore « dignité des personnes malades ». Sa présence tout au long du texte souligne la préoccupation de l'Etat et de ses représentants pour cette question éthique. Cependant, en liant son utilisation à un autre terme, la notion de dignité semble ne pas se suffire en elle-même. La dignité, valeur définie par Kant comme commune à tous les individus, semble alors perdre son caractère universel.

Dans l'EPPSM 2005-2008, *dignité* est employé à 6 reprises. Il est toujours accolé à « patients » ou, à une reprise, à « personnes accueillies ». « Le respect de la dignité des patients » renvoie dans ce texte aux conditions d'accueil et d'hébergement des personnes hospitalisées en psychiatrie. Ces conditions ont pu être améliorées selon cette évaluation par une réhabilitation des nombreux lieux d'hospitalisation financées par ce plan.

Dans le PPSM 2011-2015, *dignité* est employée à 3 reprises. Il est utilisé seul à 2 reprises, comme valeur et notion intrinsèques s'appliquant à tous. En ce sens, son emploi diffère de celui présent dans le texte précédent et se rapproche du sens éthique de la dignité que nous avons définie dans le chapitre traitant des notions d'éthique.

Dans l'EPPSM 2011-2015, *dignité* est employé à 4 reprises de manière similaire à celle retrouvée dans le plan évalué. Il apparaît dans les chapitres évoquant le respect de la dignité dans les établissements hospitaliers psychiatriques. Le rapport précise que les visites de certification sont principalement axées sur la sécurité des structures et ne permettent par conséquent pas d'évaluer le respect de la dignité notamment eu égard aux conditions d'accueil et d'hébergement des usagers

1.1.2.2 Respect

Nous avons recherché dans l'ensemble des textes le terme *respect*. Cependant, pour maintenir la cohérence de cette démarche, nous avons décidé de ne prendre en compte son emploi que lorsque celui-ci est utilisé dans son sens éthique et a un rapport avec la bienveillance des personnes hospitalisées.

Dans le PPSM 2005-2008, *respect* est utilisé 9 fois. Il est souvent employé en lien avec les libertés individuelles de circuler ou les droits des personnes hospitalisées de manière plus large. Voici deux exemples pour illustrer notre propos :

« des conditions d'accueil et d'hébergement respectant les droits et la dignité des patients au même titre que pour l'offre de soins générale »

« Les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) sont chargées d'examiner sa situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des patients. »

(Ministère chargé de la Santé, 2005)

Dans l'EPPSM 2005-2008, *respect* est utilisé à 6 reprises. Son emploi ne diffère pas de celui du plan 2005-2008.

Dans le PPSM 2011-2015, *respect* est utilisé à 4 reprises. Il est employé pour mettre en avant le respect des libertés individuelles (« respectent le libre choix du patient»), le respect de la dignité et le respect des principes éthiques et déontologiques.

Dans l'EPPSM 2011-2015, cette utilisation est encore plus fréquente puisque *respect* au sens respect des droits et libertés des personnes apparaît à 14 reprises, notamment dans les recommandations récapitulatives pour aider à élaborer le futur plan de santé mentale.

La fréquence crescendo de l'emploi des termes *dignité* et *respect* tend à démontrer leur importance croissante dans la politique de Santé mentale. Les questions autour de ses notions éthiques paraissent alors devenir des préoccupations centrales pour définir une démarche de soin adaptée aux besoins des usagers. Ainsi le respect des personnes hospitalisées et de leur dignité doivent être désormais des objectifs prioritaires de la psychiatrie. Cependant, nous souhaitons relever le peu de moyens concrets cités et proposés dans les plans Psychiatrie et Santé mentale pour atteindre cet objectif. Cette même remarque apparaît clairement dans les recommandations du rapport d'évaluation du dernier PPSM. Sans moyens et outils adéquats, cette démarche pleine de bonnes intentions a une portée très limitée et ne peut avoir de résultats tangibles sur le terrain. Cette évaluation souligne aussi la nécessité d'un plan unique interministériel tourné vers les actions pratiques.

1.1.3 Bienveillance, non-malfaisance, sollicitude, éthique du *care*

Le terme *bienveillance* apparaît dans l'EPPSM 2011-2015, dans le chapitre « Etat des lieux au niveau régional » et plus précisément dans la démarche des professions libérales de Franche-Comté. Il est absent des autres textes étudiés.

« L'association des psychiatres de Franche-Comté réunit tous les psychiatres quel que soit leur mode d'exercice, ce réseau est un élément d'attractivité pour les internes (formation et bienveillance) »

(HSCP, 2016)

Les termes *non-malfaisance*, *sollicitude* et *éthique du care* ne sont utilisés dans aucun des textes étudiés.

Cependant, alors que complètement absent du PPSM 2005-2008 et de l'EPPSM correspondante, le mot *éthique* est utilisé seul à 3 reprises dans le PPSM 2011-2015 et à 5 reprises dans l'EPPSM correspondante. Comme le mot *bienveillance*, il est utilisé dans le chapitre concernant la sécurité en psychiatrie et associe gestion des risques et réflexions éthiques :

« La gestion des risques des établissements doit intégrer ces réflexions cliniques, éthiques, se centrer sur la qualité de l'organisation et du soin, la qualité du fonctionnement institutionnel, et prévoir, institutionnaliser, le regard de tiers. »

(Ministère chargé de la Santé, 2012)

Le terme *éthique* est aussi employé dans un paragraphe concernant la recherche :

« En tout état de cause les recherches et expérimentations devront respecter les principes éthiques et déontologiques. »

(Ministère chargé de la Santé, 2012)

Enfin, *éthique* est utilisé dans un paragraphe s'interrogeant sur les territoires de soins en psychiatrie, la continuité des soins et la mission envers le public.

« De plus, la définition claire des responsabilités envers les populations et donc l'obligation de devoir accueillir le patient qui relève de son champ d'intervention, sans pouvoir prétendre que l'indication est inadaptée à la structure d'accueil, constituent une dimension éthique structurante. »

(Ministère chargé de la Santé, 2012)

Dans l'EPPSM 2011-2015, il s'agit d'un « questionnement éthique » : autour de la continuité des soins face au manque de lit en urgences pour les prises en charge d'adolescents, autour des missions du Centre Ressource Régional de Psychiatrie du sujet âgé de l'hôpital Corentin Celton. Le terme *éthique* apparaît aussi dans « comité d'éthique » en lien avec les mesures d'amélioration des pratiques en santé mentale en Franche-Comté.

1.1.4 Maltraitance, violence, abus et négligence

1.1.4.1 Maltraitance

Dans le PPSM 2005-2008, le terme *maltraitance*, auquel la notion de bienveillance renvoie et doit sensibiliser, apparaît à une reprise dans le chapitre évoquant la pédopsychiatrie :

« Ces vulnérabilités sont en effet de nature à perturber l'instauration du lien attendu entre les parents et l'enfant, dysfonctionnements qui peuvent être un facteur de problèmes psychopathologiques ultérieurs chez l'enfant jusqu'à l'adolescence et au-delà, voire de la maltraitance. »

(Ministère chargé de la Santé, 2005)

Dans le PPSM 2011-2015 ainsi que dans les deux EPPSM, le terme *maltraitance* n'est pas utilisé.

Même si le mot *maltraitance* n'est pas employé, son concept n'est pas complètement absent de l'esprit du PPSM 2011-2015 : l'expression « points noirs », en évoquant certains lieux de soins ou organisations de soin de psychiatrie, semble lui avoir été préférée. Ces « points noirs » concernent davantage l'organisation architecturale et la qualité des locaux. Il n'est pas question de qualité de l'organisation des soins ou des soins eux-mêmes.

Il peut sembler surprenant alors que le terme *maltraitance*, au centre de nombreuses mesures et propositions récentes, soit aussi peu visible dans les textes. Il semble important de s'interroger sur les raisons de cet emploi peu fréquent. Y aurait-il une réticence ? Et dans ce cas, d'où émane-t-elle et quelle en est la raison ?

Ces questions nous interpellent d'autant plus que d'autres secteurs médicaux (gériatrie, pédiatrie, soins palliatifs) sont plus enclins à l'utiliser pour sensibiliser l'opinion publique mais aussi celle des professionnels travaillant au contact de ces populations vulnérables.

L'importance de la stigmatisation de la psychiatrie, avec l'association fréquente dans les représentations communes entre psychiatrie et violence, ainsi que le lien fréquent entre sécurité, violence et démarche de qualité nous ont amené à nous interroger sur la place du terme *violence* dans les textes ayant trait à la santé mentale. Nous avons donc recherché la fréquence de l'utilisation du terme *violence* dans ces textes.

1.1.4.2 Violence

Dans le PPSM 2005-2008, le terme *violence* est utilisé à 4 reprises. Il fait référence à la violence dans sa globalité ou à la violence auto agressive. Ainsi, il est employé à une reprise dans le texte afin de souligner la nécessité de mener une réflexion au sujet la prévention de la violence puis de mettre en place des solutions adaptées de prévention de celle-ci dans les établissements psychiatriques:

« une réflexion interministérielle entre le ministère de la Santé et le ministère de l'Intérieur a été développée, visant à renforcer la sécurité des établissements hospitaliers, et intégrant la prévention des violences dans les établissements psychiatriques. »

(Ministère chargé de la Santé, 2005)

Dans un autre chapitre, il est employé dans le contexte de prévention d'actes auto-agressifs. Son usage fait alors référence à la nécessité de mettre en place des mesures pour « limiter

l'impact sur la santé de la violence et des comportements à risque », sous-entendu par les personnes hospitalisées.

Dans le rapport d'EPPSM 2005-2008, le terme *violence* est employé dans un sens similaire à celui retrouvé dans le PPSM évalué. Il apparaît dans le tableau récapitulatif des objectifs et mesures du PPSM 2005-2008. L'objectif concerné est le renforcement de l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie :

« Au niveau national, sur proposition du ministre de l'Intérieur, signature d'un protocole (avril 2005) avec le ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille visant à renforcer leur coopération en matière de prévention de la violence et d'aide aux personnels hospitaliers »
(HCSP, 2011)

Dans le PPSM 2011-2015, le terme *violence* n'apparaît que dans le lexique. Il fait référence au chapitre concernant la sécurité en psychiatrie. Dans ce plan, le terme *sécurité* semblerait avoir été privilégié au terme *violence*. Ainsi, *sécurité* est employé une dizaine de fois, en excluant les redites dans les titres et les fois où il s'agit de sécurité sociale.

Toutefois, dans l'EPPSM 2011-2015, le mot *violence* apparaît quasiment autant de fois que le mot *sécurité*, 20 fois pour le premier et 23 fois pour le second. La violence et la sécurité y apparaissent comme des problématiques très présentes en santé mentale.

« Dans son rapport 2014, l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) avance que la psychiatrie est la spécialité médicale la plus touchée par les incidents violents avec 24 % des signalements en 2012, précédant les urgences, la médecine puis les EHPAD. »
(HCSP, 2016)

La nécessité de former les équipes à mieux gérer la violence et la prévenir fait donc partie des recommandations.

De plus, un groupe de travail a été formé pour questionner le rôle du management dans cette amélioration des pratiques :

« La thématique de la violence est prise en compte par un groupe de travail dédié à la violence en psychiatrie et présidé par le Pr Jean-Louis Senon. En partant notamment des éléments sur la violence mentionnés dans le PPSM, le groupe de travail vise l'amélioration des pratiques mais aussi celle des organisations avec une réflexion sur le rôle de la gouvernance des établissements dans la prévention de la violence. »
(HCSP, 2016)

Abus et *négligence*, en tant que termes associés à la maltraitance, ne sont pas utilisés dans les plans de santé mentale ni dans les évaluations de chacun de ces plans. Le mot *abus* apparaît cependant dans l'EPPSM 2011-2015 en évoquant les « abus de substances ».

1.2 La bientraitance, un concept présent dans la politique de santé mentale

1.2.1 Une politique de santé mentale orientée plus implicitement qu'explicitement vers la bientraitance

Les plans successifs Psychiatrie et Santé mentale contiennent peu de termes directement liés à la bientraitance et aux notions éthiques associées à ce concept. Cependant, de nombreuses préconisations et certains conseils émanant de ces textes pourraient entrer dans le cadre d'une démarche de développement de la bientraitance.

Certains axes ou sous-axes des plans de santé mentale semblent entrer clairement dans les mesures en faveur de la bientraitance, nous ne les citerons pas tous tant ils sont nombreux mais en voici certains exemples.

Dans le Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 :

- Mieux informer et prévenir,
- Créer des lieux d'entraide mutuelle (« clubs ») sur l'ensemble du territoire,
- Renforcer les droits des malades et de leurs proches,
- Renforcer la formation initiale et continue et favoriser l'évolution des métiers,
- Soutenir l'élaboration des bonnes pratiques.

Dans le Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 :

- Améliorer la qualité de vie des personnes, la participation sociale et l'exercice professionnel,
- Améliorer l'accès des personnes au(x) droit(s),
- Faire évoluer le secteur et organiser une offre assurant partout responsabilité et continuité des soins,
- Lutter contre les discriminations, renforcer l'accessibilité pour les personnes en situation de handicap psychique,
- Améliorer la formation de certains professionnels clés.

Pour faciliter la compréhension et l'appropriation par les professionnels des concepts éthiques sous-jacents aux démarches actuelles dans les plans de santé mentale, il serait nécessaire de rendre le concept de bientraitance plus explicite dans les textes et référentiels régissant la santé

mentale. En effet, il existe déjà un nombre important de textes orientant la politique de santé mentale – Plans Psychiatrie et Santé mentale, textes législatifs, recommandations de bonnes pratiques professionnelles – mais le contenu et la manière dont les thématiques sont présentées dans ces textes ne permettent pas toujours une mise en lumière suffisante des questions éthiques sous-jacentes ou uniquement sur des points de détail.

1.2.2 Une politique de santé mentale manquant de visibilité et de lisibilité extrinsèque

Les plans de santé mentale successifs furent établis à la demande du gouvernement français afin de répondre à la demande sociale croissante d'améliorer l'accessibilité aux soins psychiatriques mais aussi l'accueil et les soins dispensés, de mettre la personne soignée au centre du soin et de déstigmatiser la maladie mentale.

Ces plans, ayant trait au champ de la psychiatrie, sont toutefois peu ou mal connus par une large majorité des professionnels travaillant dans ce secteur d'activité. La portée de ces plans s'en trouve limitée.

La multiplicité des intervenants aux avis divergents et la multiplicité des recommandations et publications concernant l'amélioration du système de soin psychiatrique rendent le contenu moins lisible par les personnes concernées sur le terrain.

« Dans la mesure où le plan n'a pas été décliné en actions opérationnelles avec un cahier des charges précis, l'évaluation menée par le HCSP propose des recommandations à un niveau plus stratégique qu'opérationnel, s'appuyant sur les dynamiques observées et l'attente exprimée par les usagers et les professionnels. Quelle que soit la forme que pourrait prendre une nouvelle programmation dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie, l'évaluation menée par le HCSP montre la nécessité de respecter un principe de base qui consiste à inscrire la politique de santé mentale et de psychiatrie de façon pérenne et pilotée à long terme avec une dimension interministérielle, plutôt que de mettre en place des plans ou programmes successifs. »

(HCSP, 2016)

Ainsi, les effets sur le terrain de ces plans et autres publications, en particulier en psychiatrie de secteur, seraient limités non seulement par un manque de connaissance de ces textes mais également par la difficulté de se saisir de ceux-ci dans la pratique quotidienne.

Par conséquent, développer un plan de santé mentale à la suite d'une réflexion et d'une coordination interministérielle et lui attribuer des moyens et un budget adapté pour réaliser des actions concrètes permettraient une plus grande cohérence et efficacité de la politique menée en santé mentale.

1.2.3 Une politique nécessitant une meilleure diffusion

Depuis 2005, les plans de santé mentale se succèdent et semblent se ressembler. Notons que, le Haut Conseil de santé publique fit remarquer, après avoir rédigé les évaluations des deux plans de santé mentale, que la majorité de ses conclusions s'appliquaient tout autant au plan 2005-2008 qu'à celui de 2011-2015. Toutefois, ce constat ne remettrait pas en cause selon le HCSP leur lisibilité intrinsèque et leur pertinence.

L'Évaluation du plan de santé mentale 2005-2008 publiée par le Haut Conseil de santé publique parvint à cette conclusion concernant la pertinence du plan :

« La conception du Plan apparaît comme pertinente. La plupart des mesures prévues ont été mises en œuvre, au moins partiellement. Si des progrès significatifs ont été enregistrés en matière d'offre de soins et d'accompagnement médico-social et social, le Plan a peu fait évoluer les organisations et les pratiques. Des avancées ont eu lieu dans le renforcement des droits des malades mais avec peu d'effets concrets. Enfin, l'effet sur la recherche est resté très limité.

Parmi les pistes de préconisations, le HCSP propose notamment d'assurer la continuité des prises en charge et l'accès aux soins, de favoriser la prévention précoce... Il rappelle l'importance d'une politique publique explicite de psychiatrie et de santé mentale. »

(HCSP, 2011)

Un manque de pilotage sur le plan national pour appliquer et évaluer l'application de ce plan était souligné par le Haut Conseil de santé publique dans son évaluation de 2016 :

« D'un point de vue globalement partagé, le plan n'a pas été piloté au niveau national et le niveau national n'a pas assez soutenu les régions. Pourtant, le pilotage et la gouvernance du plan étaient, d'une certaine manière, « l'essentiel » de ce plan. »

(HCSP, 2016)

D'autre part, au niveau régional, plusieurs difficultés étaient mises en avant par le HCSP :

- Une méconnaissance du plan ou de ses contenus,
- Des projets initiés localement correspondant aux thématiques développées dans le plan mais ne s'appuyant pas sur celui-ci,
- Un manque de consultation par les ARS avec les professionnels de santé pour établir des projets régionaux.

Les difficultés citées pourraient expliquer un manque de concertation des professionnels sur le terrain et des lacunes dans la diffusion des messages portés par ce texte.

Cependant, pour le HCSP, la lisibilité intrinsèque du texte n'était pas en cause. Le choix d'un découpage par axe leur semblait opportun. Le manque d'efficacité sur le terrain serait davantage

en lien avec l'absence de guides et de moyens pour l'application des propositions et l'atteinte des objectifs :

« Mais ce plan correspond davantage à une politique publique lisible qu'à un véritable plan. Il est parfois trop général, et parfois trop précis, sans que les moyens d'atteindre les objectifs n'y soient proposés. Les leviers d'actions prioritaires et les indicateurs n'ont pas été identifiés. La majorité des personnes auditionnées ont regretté l'absence de « feuilles de route ». On peut faire une analogie avec une œuvre musicale, le plan est alors une partition, mais chef d'orchestre et instruments étaient absents. »
(HCSP, 2016)

Les évaluations des plans soulignaient ainsi l'écart entre les propositions et les objectifs fixés par les plans et les moyens débloqués sur le terrain.

De plus, l'exhaustivité des propositions et le manque de moyens financiers et humains semblaient être des obstacles à la réalisation des plans Psychiatrie et Santé mentale.

Parmi les propositions pour une meilleure connaissance et application de ces plans, une des priorités est de mettre en place au niveau national un pilotage fort qui garantirait une vision globale du plan. Dynamiser sur le plan régional les ARS, qui deviendraient garantes de la flexibilité des orientations fixées sur le terrain, constitue une autre priorité. De plus, il serait intéressant de développer des objectifs prioritaires réalistes et d'accompagner ces derniers d'outils concrets pour que les ARS et les établissements de santé puissent se les approprier plus facilement.

L'accompagnement de ces mesures par une évaluation des moyens nécessaires pour atteindre les objectifs décrits ainsi qu'une évaluation des résultats seraient nécessaires. Ces évaluations – dont la méthodologie reste à inventer – permettraient de mieux définir les besoins et de favoriser les propositions ayant démontré leur efficacité. Ceci orienterait les décisions politiques afin de répartir au mieux l'enveloppe budgétaire dédiée à la santé mentale.

Chapitre 2 : la bientraitance dans les lois concernant la santé et en particulier la santé mentale

En France, depuis une quinzaine d'années, des lois concernant le système de santé et le droit des malades ont été promulguées.

Comme nous l'avons fait pour les plans de santé mentale, nous allons nous intéresser aux termes associés à la bientraitance et à la maltraitance dans les textes des lois ayant apporté des modifications essentielles à l'organisation des soins et aux rapports aux patients. Puis, comme il ne s'agit pas seulement de relever l'usage des notions de la bientraitance mais de chercher à

comprendre la portée de ces textes, nous tenterons de souligner les contenus en rapport avec des notions promues par la bientraitance dans ces textes.

Pour rester cohérent, nous avons utilisé la même méthodologie et le même schéma de présentation que dans le chapitre précédent.

Les lois que nous avons étudiées sont les suivantes :

- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées,
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,
- Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

2.1 Utilisation des termes liés à la bientraitance dans les lois régissant la santé mentale

Pour l'étude des textes des lois précédemment citées, nous avons recherché les mêmes termes que lors de l'étude des plans de santé mentale : *bientraitance, dignité, respect, bienveillance, non-malfaisance, sollicitude, éthique du care, maltraitance, abus, négligence et violence*.

2.1.1 Bientraitance

Bientraitance n'apparaît pas dans les lois de 2002, 2005 et 2011. Le terme apparaît à une reprise dans la loi de 2009 dans l'article L.1431-2 concernant les missions et compétences des agences régionales de santé :

« Elles contribuent, avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux »

(Code de la santé publique – Article L.1431-2)

2.1.2 Dignité et respect

Dans la loi de 2002, l'accent est mis sur la dignité et le respect auxquels toute personne a droit. Cette notion d'éthique apparaît dans l'article L.1110-2. Ce dernier est inscrit dans le chapitre

préliminaire « Droits de la personne » introduisant la partie consacrée aux « Droits des personnes malades et des usagers du système de santé ».

« *La personne malade a droit au respect de sa dignité.* »

(Code de la santé publique – Article L.1110-2)

Dans la loi de 2005, *dignité* n'apparaît pas ; *respect* apparaît à 30 reprises.

Dans la loi de 2009, *dignité* n'apparaît pas ; *respect* apparaît à 61 reprises. En éliminant les occurrences à caractère administratif ou juridique, le terme est utilisé à 3 reprises pour faire valoir les droits des patients : dans l'article L.6311-2 « le respect du secret médical » et le « respect du libre choix » concernant le choix des soins et des soignants par le patient. Il apparaît aussi dans l'article L.1432-4 définissant les missions des agences régionales de santé :

« *Elle procède, en lien notamment avec les conseils territoriaux de santé, à l'évaluation, d'une part, des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé et, d'autre part, de la qualité des prises en charge et des accompagnements.* »

(Code de la santé publique – Article L.1432-4)

Dans la loi de 2011, *dignité* n'apparaît pas. Dans l'article L.3211-12-1, *respect* est utilisé dans un sens juridique et non éthique. Il est cependant en lien avec les droits des personnes hospitalisées sans consentement :

« *Si le juge des libertés et de la détention est saisi après l'expiration du délai de huit jours prévu aux 1° et 2° du I ou du délai de quinze jours prévu au 3° du même I, il constate sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation complète est acquise, à moins qu'il ne soit justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive et que le débat puisse avoir lieu dans le respect des droits de la défense.* »

(Code de la santé publique – Article L.3211-12-1)

2.1.3 Bienveillance, non-malfaisance, sollicitude et éthique du *care*

Ces notions d'éthique aidant à définir la bienveillance n'apparaissent dans aucun des textes de loi étudiés.

2.1.4 Maltraitance, violence, abus et négligence

Le terme *maltraitance* est utilisé dans les lois de 2005 et 2009.

Dans la loi de 2005, *maltraitance* est utilisé à 2 reprises, dans les articles 4 et 64. L'article 4 porte modification de l'article L114-3 du code de l'action sociale et des familles. L'article 64 de la loi de 2005 définit les missions des maisons départementales des personnes handicapées.

Il porte modification du code de l'action sociale et des familles, qui est complété entre autres par l'article L.146-7.

« La politique de prévention du handicap comporte notamment :

[...] Des actions de prévention concernant la maltraitance des personnes handicapées »

(Code de l'action sociale et des familles – Article L.114-3)

« La maison départementale des personnes handicapées réalise périodiquement et diffuse un livret d'information sur les droits des personnes handicapées et sur la lutte contre la maltraitance. »

(Code de l'action sociale et des familles – Article L.146-7)

Dans la loi de 2009, *maltraitance* est inclus dans l'article L1431.2, article qui évoque aussi la bienveillance. Cet article définit les missions et les compétences des agences régionales de santé.

Le terme *violence* n'apparaît dans aucun des textes de loi étudiés.

Le terme *abus* est utilisé dans l'article 83 de la loi de 2005 qui porte modification de l'article 2-8 du code de procédure pénale. Cet article étend le périmètre des compétences des associations dans le contexte de la lutte contre toute forme de maltraitance :

« [...] l'association pourra exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne les atteintes volontaires à la vie, les atteintes à l'intégrité physique ou psychique, les agressions ou autres atteintes sexuelles, le délaissement, l'abus de vulnérabilité, le bizutage, l'extorsion, l'escroquerie, les destructions et non-dénonciations de mauvais traitements [...] lorsqu'ils sont commis en raison de l'état de santé ou du handicap de la victime. »

(Code de procédure pénale – Article 2-8)

Le terme *négligence* n'apparaît dans aucun des textes de loi étudiés.

Ainsi, à l'exception du terme *respect* qui est employé à de très nombreuses reprises dans les textes législatifs portant sur la santé, les autres termes du champ de l'éthique et de la bienveillance sont quasiment absents. Cependant, ces textes, par une partie non négligeable de leur contenu, ont une forte corrélation avec la promotion de la bienveillance.

2.2 Un contenu fortement empreint de préoccupations pour la bienveillance

2.2.1 Dans la loi n°2002-303 du 4 mars 2002

Ce texte fut écrit après une large concertation publique ayant réuni à la fois des professionnels travaillant dans différents domaines de la santé, des associations d'utilisateurs, des juristes, des experts en éthique... Son élaboration aurait duré plus de 8 mois.

Comme son titre nous laisse entrevoir, les droits des malades sont au centre de ce texte. Ce dernier révolutionne le rapport au malade en créant la notion juridique de droit des malades. Il instaure :

- une meilleure représentation des usagers et de leurs proches au sein des établissements médicaux et médico-sociaux : création de commissions de relations avec les usagers.
- l'accès au dossier médical appartient au patient, chacun peut accéder directement ou indirectement à son dossier médical ; la demande d'accès répond à une procédure claire avec des délais limites de réponse de l'établissement et des moyens de recours en cas de non réponse à la demande du patient ; cette procédure doit être explicitement expliquée au patient.
- le droit à l'information du patient sur son état de santé, la nécessité de recueil du consentement libre et éclairé pour tout acte médical suite aux informations données par le médecin ; des mesures d'urgence et des cas exceptionnels sont prévues (personne ne pouvant donner son consentement...)
- la reconnaissance de l'aléa thérapeutique, accident médical sans faute professionnelle ; cet aléa peut conduire à des mesures de réparation par un fond spécifique alloué par l'état sur le principe de solidarité nationale.

Ces mesures concernant le droit des usagers pourraient être intégrées dans la promotion de la bientraitance. Cette loi est le fruit d'une démarche éthique visant à lutter contre les inégalités et à protéger les droits des personnes rendues vulnérables par une maladie.

Cette loi de 2002 inclut aussi des paragraphes concernant la politique de santé mentale. Elle apporte quelques modifications aux dispositions de la loi de 1990 concernant l'hospitalisation sans consentement. La loi autorise les sorties de courtes durées après accord médical et met l'accent sur le caractère exceptionnel et fortement encadré des hospitalisations sous contrainte. La loi de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des lieux de soin oriente et encadre les soins en mettant le souci éthique en leur centre. A l'heure actuelle, les moyens nécessaires pour appliquer l'ensemble de ses préconisations dans de bonnes conditions sont encore insuffisants :

« Dans ses principes comme dans ses objectifs, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé procède d'une exigence éthique portant de manière directe sur les pratiques professionnelles. Sans formation adaptée et sans détermination des moyens indispensables à sa mise en œuvre, cette loi risque d'apparaître à terme comme l'expression intentionnelle de principes forts mais

inapplicables, ou comme le prétexte à un désinvestissement, voire à une déresponsabilisation des professionnels de santé. Une pédagogie de la responsabilité partagée s'impose désormais. »
(Lernout et al., 2005)

2.2.2 Dans la loi n°2005-102 du 11 février 2005

Cette loi marque une évolution de la législation afin de mieux répondre aux attentes des personnes handicapées dans cinq grands domaines : la compensation, la scolarité, l'emploi, l'accessibilité et les Maisons départementales des personnes handicapées.

La loi met en place un plan personnalisé de compensation du handicap. Ce droit à la compensation des conséquences du handicap est indépendant de l'origine, de la nature de la déficience, de l'âge ou du mode de vie de la personne. Il a pour but de prendre en compte l'ensemble des besoins de la personne handicapée.

La loi de 2005 a également pour objectif de garantir l'égalité des chances sur le plan de la scolarité et de la formation : responsabilité de l'éducation nationale pour accueillir tous les enfants, instauration du plan personnalisé de scolarisation pour coordonner les actions pédagogiques, psychologiques, sociales, médicales et paramédicales.

La loi vise à promouvoir l'emploi des travailleurs handicapés en milieu ordinaire en obligeant les entreprises de plus de 20 personnes à employer au minimum 6 % de personnes handicapées. Des sanctions financières sont prévues en cas de non-respect de ce quota.

L'accessibilité à tous les actes de la vie quotidienne et à la vie sociale est mise en avant. Le principe de l'accessibilité généralisée doit s'appliquer quel que soit le handicap : physique, sensoriel, mental, psychique, cognitif ou polyhandicap.

Enfin, la loi de 2005 prévoit la création des Maisons départementales des personnes handicapées afin de faciliter les démarches des personnes handicapées en réunissant en un lieu unique les offres et les prestations qui leur sont destinées.

Ces 5 grandes mesures, en affirmant la place des personnes handicapées dans la société, ont pour objectif de donner des droits égaux à tous. Cette loi s'inscrit dans la démarche de « conception universelle » définie auparavant et qui fait partie des actions de promotion de la bienveillance. Cependant, le fait qu'elle catégorise les personnes handicapées dans un texte spécifiquement dédié peut contribuer à maintenir une asymétrie dans les rapports entre personnes « valides » et « non-valides ».

2.2.3 Dans la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009

Cette loi vise à réguler l'accès aux soins et à ramener les établissements hospitaliers à un équilibre financier.

Un des objectifs de la loi de 2009 est d'instaurer une planification des soins sur le plan régional. Elle institue les agences régionales de santé (ARS), établissements administratifs publics qui se substituent aux agences régionales de l'hospitalisation mais avec des objectifs bien plus larges. Les ARS sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la Santé, de l'Assurance maladie, des Personnes âgées et des Personnes handicapées. L'Etat affirme ainsi son rôle de régulateur du système de santé sur le plan régional.

La loi définit les nombreuses missions et compétences attribuées aux ARS:

« L'article L. 1431-2 du Code de la santé publique décrit deux grands types de missions des ARS :

- *mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique ;*
- *réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé. »*

(Holcman, 2015)

Parmi les missions qui leur sont attribuées, les ARS sont donc chargées des missions de santé publique incluant les actions de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance. La réflexion éthique sous-entendue par l'utilisation du terme *bientraitance* entre par cette voie dans le langage juridique et gagne en visibilité en dehors du champ médico-social.

Nous souhaitons aussi souligner que la planification du système de soin prévue par cette loi peut contribuer, de manière indirecte, à donner les moyens humains et financiers nécessaires à la mise en œuvre d'actions pour la promotion de la bientraitance. Il semble importer de préciser le sens de « planification » appliqué ici :

« La planification est le moyen pour la puissance publique de se doter d'une stratégie globale de santé selon un horizon temporel. Elle doit traiter des orientations et des dispositions à prendre pour user de tous les leviers de la régulation (organisation, financement des activités, qualité des activités, implication des usagers) dans tous les domaines complémentaires d'intervention en faveur de la santé, afin d'aménager l'espace de libre intervention des opérateurs de santé adaptant sans cesse leurs offres aux besoins de la population. »

(Lopez et al., 2016)

En effet, une planification mettant en avant la bientraitance et faisant de celle-ci une priorité dans tous les domaines médicaux, incluant la psychiatrie, pourrait être un pas important pour replacer l'éthique au centre des soins.

2.2.4 Dans la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011

La loi de 2011 modifie les modalités d'hospitalisation sous contrainte en tenant compte des évolutions des prises en charge. Elle met aussi l'accent sur les droits des patients en rappelant que les soins en psychiatrie doivent attacher une attention particulière aux notions de respect de l'autonomie et de non-malfaisance. Selon cette loi, le droit à l'information et la nécessité d'impliquer les patients dans les choix et les décisions concernant leur prise en charge sont des responsabilités incombant aux psychiatres. Les médecins doivent pouvoir justifier qu'ils ont respecté ces directives.

« Les articles L.3211 et suivants du code de la santé publique sont relatifs aux droits des patients, lesquels sont des citoyens à part entière. Cela implique, pour les psychiatres, l'obligation de les informer et de les associer aux décisions et aux soins, les hospitalisations longues n'étant pas la règle. L'information due aux patients porte notamment sur leurs droits et leurs possibilités de recours. Les uns et les autres ont été renforcés par la loi du 5 juillet 2011. »

(Vacheron et al., 2012)

Chapitre 3 : Place de la Psychiatrie dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et les outils traitant de la bientraitance

Suite à la médiatisation de certains faits divers mettant en lumière la maltraitance des usagers dans certains établissements médico-sociaux, une réelle prise de conscience des autorités publiques quant à cette problématique a eu lieu. Ces dernières années, une réflexion sur le plan national est menée pour promouvoir la bientraitance et prévenir la maltraitance.

Des guides, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et des outils pour faciliter l'appropriation de ces thèmes par les professionnels ont été publiés tant par l'ANESM que par la HAS. Ces recommandations s'appuient sur des revues de la littérature et ont pour objectifs d'aider les professionnels à se saisir des questionnements éthiques autour de ce thème et à modifier leur pratique.

3.1 Population concernée par les recommandations de l'ANESM

3.1.1 Les personnes vulnérables au centre des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées concernant la bientraitance – et la maltraitance – et la réflexion éthique sont nombreuses. Pour comprendre les missions de l'ANESM et la diversité des publications qu'elle a élaborées, nous ajoutons en annexe une fiche explicative (annexe 1). Ces publications soulignent l'importance de cette démarche dans les institutions accueillant des personnes vulnérables.

Ces textes ont pour objectif de mieux protéger les personnes vulnérables : personnes âgées et personnes en situation de handicap. Le fait que les autorités définissent des critères de vulnérabilité en mettant une séparation nette entre deux catégories de personnes ne prend pas en compte la vulnérabilité de chacun et le continuum entre autonomie et dépendance. Nous nous interrogeons donc sur la part de stigmatisation qu'elle semble perpétuer.

Ces mesures de santé publique sont inspirées par les politiques anglo-saxonnes d'*empowerement* qui étaient d'abord destinées aux pauvres et aux femmes, et se sont étendues par la suite aux personnes vulnérables. Cependant, celles-ci commencent à être critiquées car elles ne conduiraient pas à une réelle remise en cause du système. Les personnes vulnérables ne bénéficieraient pas davantage d'une place égalitaire ; le pouvoir et la manière de concevoir le pouvoir et la politique seraient inchangés.

« L'article montre comment avec sa cooptation, l'empowerment passe d'un processus de conscientisation et de mobilisation politique venant de la base et visant la transformation radicale des structures de pouvoir inégalitaires, à un concept vague et faussement consensuel, qui assimile le pouvoir aux choix individuels et économiques, dépolitise le pouvoir collectif, et est instrumentalisé pour légitimer les politiques et les programmes de développement top-down existants. »

(Calvès, 2009)

3.1.2 Des travaux des autorités sanitaires peu orientés vers la spécificité des troubles psychiques

Les travaux publiés sur la bientraitance sont souvent assez généralistes (concernant toutes les personnes vulnérables) mais sont fortement orientés vers la bientraitance des personnes âgées. La vulnérabilité, jusqu'à récemment, était souvent assimilée par les autorités responsables de la gestion des politiques de santé à celle des personnes âgées ou en fin de vie.

Après avoir publié des guides concernant les personnes vulnérables, l'ANESM a publié des guides concernant la bientraitance de populations spécifiques. Parmi les cinq guides rédigés :

- trois concernent l'évaluation de la bientraitance des personnes âgées prises en charge en EPHAD,
- un concerne l'évaluation de la bientraitance des personnes hospitalisées en MAS et FAM,
- le dernier porte sur l'évaluation de la bientraitance par un service d'intervention à domicile.

L'EPPSM 2011-2015 souligne bien l'absence de recommandations ou d'écrits concernant la bientraitance des personnes présentant un handicap psychique :

« Les recommandations de l'ANESM sont plutôt relatives à l'organisation des établissements et de la prise en charge (bientraitance, qualité de vie en établissements, accès aux droits, etc.) et peu concernent spécifiquement le public des personnes en situation de handicap psychique. »

(HCSP, 2016)

Notons que ce commentaire est inscrit sous le titre « autres travaux visant à l'amélioration de la qualité ».

Selon la définition de l'ANESM, la bientraitance relève davantage d'une démarche éthique que d'une démarche qualité. Il nous semble donc important de redonner à la bientraitance tout son sens. Tenir compte de la complexité et du flou qui caractérise la notion de bientraitance est primordial afin d'en mesurer la portée et de définir des actions adaptées afin de mettre en œuvre les principes qu'elle véhicule dans le secteur de la psychiatrie.

L'ANESM a publié récemment (mai 2016) des recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant les personnes souffrant d'un handicap psychique. Ce guide, intitulé « Spécificité de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques » (ANESM, 2016), n'aborde pas la question de la bientraitance directement. Ainsi, dans ce guide, le terme bientraitance apparaît uniquement lorsque cité dans le titre de recommandations précédentes écrites par l'ANESM (« La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre ») et ayant inspiré certains points du guide actuel. Le texte de référence auquel se réfère le guide traite de la bientraitance des personnes vulnérables et non des personnes handicapées psychiques...

Dans les travaux en cours cités par l'ANESM dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles de 2016 ou sur son site internet, aucun ne concerne l'évaluation ou la promotion de la bientraitance dans les secteurs psychiatriques.

Les recommandations et les outils pour la promotion de la bientraitance publiés ces dernières années par la HAS ou le ministère de la santé entrent dans le cadre de l'évaluation des établissements sanitaires et médico-sociaux. Aucun ne porte spécifiquement sur la bientraitance en psychiatrie.

3.2 Des outils pour la bientraitance peu utilisés en psychiatrie

La HAS présente sur son site 7 outils destinés aux établissements de santé et/ou aux professionnels y travaillant dans le cadre du développement de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance. Ces documents sont variés :

- Guide d'auto-évaluation des pratiques professionnelles,
- Guide d'auto-évaluation des pratiques de l'établissement,
- Guide et aide pour la mise en place d'une charte de bientraitance,
- Guide et aide à l'animation pour sensibiliser et diriger des groupes de réflexions sur la bientraitance,
- Guide pour aider à la construction d'un cahier des charges pour la formation dans le cadre de la bientraitance,
- Cartographie des risques pour aider au repérage et à la prévention des risques de maltraitance.

L'utilisation de ces outils, bien qu'accompagnés d'explications, peut apparaître ardue dans une démarche d'évaluation interne en psychiatrie ou dans une le développement d'une démarche de promotion de la bientraitance au sein de l'établissement. Nous avons repéré certaines difficultés en lien avec le message et la forme de celui-ci qui pourraient avoir un impact sur le peu d'appropriation de ces outils par les professionnels travaillant en psychiatrie à l'heure actuelle.

3.2.1 Des enjeux peu lisibles pour les acteurs travaillant en psychiatrie

Les enjeux soulevés par ces outils semblent peu lisibles pour les acteurs du soin dans le champ de la psychiatrie de secteur. Ce constat pourrait s'expliquer par l'existence de plusieurs obstacles :

- L'intérêt des évaluations et des outils proposés est remis en question et donc peu investi. Il existe souvent un décalage important entre les objectifs établis par les recommandations et les moyens mis à disposition des professionnels pour les mettre en œuvre sur le terrain. Fixer des objectifs sans développer en parallèle les solutions

nécessaires pour les atteindre fait partie des critiques souvent exprimées par les professionnels travaillant en psychiatrie.

L'impression par les professionnels d'un immobilisme et d'une absence de mesures concrètes sur le terrain suite aux évaluations menées conduit souvent à de l'incompréhension, et à une méfiance envers les autorités de tutelle. Ce décalage peut conduire à des contre-attitudes avec du rejet et/ou de la colère conduisant à la disqualification de toute proposition émanant d'organismes extérieurs.

- Les évaluations personnelles ou institutionnelles concernant la bientraitance sont pour les soignants difficilement accessibles du fait de lacunes dans la compréhension du sujet de l'évaluation. La première partie de cette thèse avait pour objectif de définir la bientraitance et les notions principales qui lui sont associées. Il nous est apparu que la notion de bientraitance reste floue et difficile à cerner pour de nombreux soignants. Ce manque de limites claires et la complexité de la bientraitance compliquent le processus de compréhension et d'appropriation par les équipes du terme bientraitance. Elles ont donc du mal à s'investir dans les démarches pour la promotion de celle-ci.

3.2.2 Des messages ambigus

Les messages de ces textes peuvent manquer de clarté et rendre leur compréhension difficile par les professionnels de santé. Le rapport de Catherine Déliot et de Marie Garrau publié en 2014 soulignait certaines de ces ambiguïtés.

Dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM, le projet institutionnel n'est pas présenté en tant que pivot central d'une démarche de bientraitance. Ainsi, l'écriture d'un projet institutionnel semble optionnelle ou secondaire alors qu'il apparaît par ailleurs dans le même texte comme une condition obligatoire pour permettre une démarche cohérente vers la bientraitance.

Le message des autorités sanitaires est rendu difficilement lisible par le double rôle de certains organismes chargés de promouvoir la bientraitance.

Ainsi, l'ANESM a un double rôle : d'une part produire et/ou valider les référentiels utilisés lors des évaluations internes et externes et d'autre part participer à l'évaluation des établissements dont elle a la responsabilité, évaluation elle-même basée sur des référentiels qu'elle a produits. L'évaluation externe des établissements implique des conséquences financières et administratives en cas de non-respect de recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Promouvoir la bientraitance et l'évaluer devraient être deux démarches séparées afin de

permettre plus d'objectivité de la part de tous les acteurs : autorités sanitaires et établissements sanitaires et médico-sociaux.

« Parfois l'ambiguïté demeure et des démarches d'évaluation peuvent prendre la forme de contrôle vidant de tout leur sens l'objectif initial. L'évaluation est un moment de rencontre entre les différents acteurs favorise un échange productif. »

(Connangle, 2011)

La HAS propose sur son site internet dans la même rubrique (outil pour la promotion de la bientraitance) et de manière indifférenciée des questionnaires d'auto-évaluation portant sur la bientraitance pour l'un et sur la maltraitance pour l'autre. Cette utilisation risque de brouiller les informations reçues par les lecteurs et d'accentuer la méfiance des professionnels faisant déjà un amalgame entre évaluation et contrôle. De plus, elle risque de créer une confusion entre bientraitance et non maltraitance, confusion contre laquelle l'ANESM et les autres organismes semblent mobilisés.

Les outils proposés sont peu adaptés à la pratique en psychiatrie. Certains items des questionnaires sont difficiles à évaluer dans les services de psychiatrie et en particulier dans les services d'hospitalisation à temps plein de secteur. Dans le chapitre suivant, nous décrirons l'utilisation d'un des outils proposé par la HAS pour tenter d'évaluer le point de vue des soignants sur leurs pratiques dans le domaine de la bientraitance. Pour compléter cette description par une autre approche, nous avons mis en place des entretiens semi-dirigés pour recueillir le point de vue des professionnels sur le thème de la bientraitance. Nous essayerons aussi de déterminer les avantages et les inconvénients liés à l'utilisation de chacun de ces deux outils pour évaluer et promouvoir la bientraitance en psychiatrie.

Partie 4 : Evaluation des points de vue des professionnels et les difficultés rencontrées concernant la bientraitance en secteur psychiatrique

Chapitre 1 : Description globale de l'étude

1.1 Contexte de l'étude

La revue de la littérature nous a permis de constater que le concept de bientraitance, même s'il tend à gagner en visibilité et est traité par un nombre croissant d'articles, reste le sujet de peu de publications ayant pour cadre la psychiatrie. Ainsi, concernant la bientraitance, les champs médico-sociaux les plus couverts par les revues, textes législatifs ou recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont la gériatrie, les soins palliatifs et la pédiatrie.

Les articles publiés concernant la bientraitance l'ont été le plus souvent par des infirmiers ou des cadres de santé. Quelques articles ont été écrits par des médecins. Nicole Cano, médecin généraliste et responsable de la commission Ethique et psychiatrie de l'espace éthique méditerranéen se penche depuis plusieurs années sur la place des valeurs éthiques en psychiatrie et a publié plusieurs études à ce sujet. Elle a ainsi souligné le lien étroit entre l'assimilation des principes essentiels de la thérapie institutionnelle par l'établissement et le respect des notions éthiques dans « Fondements éthiques et pratiques institutionnelles » (Cano, 2006). Elle s'est intéressée à la perception par les personnes hospitalisées du respect des valeurs éthiques du soin par les soignants (Cano et al., 2013) mais également au vécu de l'isolement et de la contention tant par les soignants que les soignés (Cano et al., 2011 ; Guivarch et al., 2013).

Ainsi, les seules études qui se sont intéressées à la bientraitance telle qu'elle est perçue par les professionnels de santé travaillant en psychiatrie, concernent des points spécifiques : le vécu des mesures d'isolement ou de contention (Guivarch et al. 2013), ou le point de vue de professeurs de médecine concernant la formation initiale des internes de psychiatrie.

Il n'existe donc pas à notre connaissance d'étude spécifique évaluant la perception de la bientraitance par les professionnels de santé en psychiatrie.

Durant ma période de formation, la prise de conscience de la forte stigmatisation de la psychiatrie de la part de la population générale, avec une confusion fréquente entre enfermement et hospitalisation, entre asile, lieu de non-droit et de violence et hôpital psychiatrique, m'a incitée à me questionner sur la place de l'éthique dans les pratiques professionnelles en psychiatrie.

Un travail quotidien auprès des équipes de plusieurs unités de secteur et des échanges sur leurs vécus a permis de mettre en lumière le rôle majeur des enjeux institutionnels et des mouvements contre-transférentiels dans la qualité des soins et dans le bien-être des patients. Ces constats m'ont amenée à m'intéresser au souci éthique dans ce lieu, source de tant de craintes et fantasmes : le service fermé de secteur psychiatrique.

Ce constat associé à la découverte du concept de bientraitance a été à l'origine du sujet de cette étude.

1.2 Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est de recueillir et décrire le point de vue des professionnels concernant la bientraitance, les difficultés rencontrées dans l'application des valeurs de celle-ci dans leurs pratiques et de leur permettre d'élaborer des propositions d'amélioration des pratiques.

1.3 Population concernée et lieu de l'étude

La bientraitance est une démarche éthique qui doit être rendue accessible à tous les professionnels de santé, notamment les professionnels soignants et non soignants travaillant au sein d'un service de secteur en psychiatrie générale. Tous les professionnels sont concernés dès l'instant où ils sont en contact avec les patients : agents hospitaliers, secrétaires, aides-soignants, cadres de santé, médecins, psychologues...

Il nous a donc semblé important de recueillir les regards sur la bientraitance d'un ou plusieurs membres de chaque profession représentée dans les unités de secteur. En effet, un de principes fondamentaux de la thérapie institutionnelle est la diversité des personnes intervenant dans le soin afin de créer un support élargi de la pensée pour la personne hospitalisée. Cette diversité apparaît à travers les multiples corps professionnels exerçant dans les services, leurs cultures et histoires variées, les croyances propres à chacun... La pluridisciplinarité rencontrée dans le secteur psychiatrique avec ses différentes visions du patient, de la maladie, de l'établissement est ainsi une richesse méritant d'être soulignée et valorisée.

Ayant travaillé pendant un an et demi dans deux unités différentes, aujourd'hui regroupées dans le même pôle et dirigées par le Docteur Espaze, le choix de ce service comme lieu pour évaluer la perception de la bientraitance par les professionnels et les sensibiliser à ce thème est apparu comme une évidence. Il semble important de préciser que ce travail n'aurait été possible sans le concours des représentants du management du service qui ont soutenu cette étude en assurant la diffusion des informations concernant celle-ci et en facilitant la participation des équipes.

Cette étude fut menée à l'hôpital Paul Guiraud de février 2016 à mi-août 2016 dans les trois unités d'hospitalisation à temps plein d'un même service sectorisé de psychiatrie générale, le secteur 92G29.

1.4 Critères d'inclusion et de non inclusion

Les critères d'inclusions étaient : travailler dans une des unités d'hospitalisation fermées du service, travailler au contact des patients, être volontaire, avoir suffisamment de temps devant soi pour répondre à l'ensemble des questions du questionnaire ou de l'entretien. Il n'y avait pas de critère de non-inclusion.

Devant le nombre important de similitudes dans l'organisation et les fondements théoriques des soins (organisation des soins proches, même population de patients hospitalisés, unités fermées) et afin de limiter les biais liés aux spécificités de chaque service, nous avons décidé d'inclure uniquement le personnel travaillant dans les unités d'hospitalisation à temps plein appartenant à un même service. Les fonctionnements des structures d'hospitalisation à temps partiel et de consultations tels que le CMP ou l'HDJ étant très différentes de celles des unités d'hospitalisation à temps plein et soulevant des questionnements éthiques potentiellement distinctes, nous avons pris le parti de nous intéresser uniquement aux points de vue des professionnels travaillant dans ces dernières.

Le volontariat nous a semblé être une condition importante pour laisser un libre choix aux professionnels quant à leur participation à ce travail sur la bientraitance. Ces entretiens n'étant pas une démarche imposée par le management ou encadrée par ce dernier, la décision par les personnes ayant participé à l'étude de consacrer du temps à ce questionnaire relevait déjà d'un investissement personnel et reflétait d'une certaine façon leur volonté de s'interroger sur leurs pratiques.

L'autre condition méthodologique nous ayant semblé primordiale pour respecter les personnes rencontrées et assurer la confidentialité de leurs propos sur cette thématique sensible était l'anonymat, (anonymat) garanti par l'absence de toute référence personnelle dans les

questionnaires ou dans les entretiens (prise de note anonymisée) mais aussi dans les résultats. De plus, nous n'avons pas stratifié les résultats des questionnaires et n'avons pas indiqué la fonction des soignants dans la retranscription des entretiens ce qui aurait pu induire, dans de nombreux cas, une levée de l'anonymat. En effet, parfois un seul représentant d'une profession a répondu au questionnaire ou a pu être interviewé, soit car les autres ne le souhaitaient pas (volontariat), soit car cette fonction est exercée par une seule personne dans le service.

1.5 Méthodologie

Nous avons mis en place une étude composée de deux parties distinctes dont les modalités nous ont semblé complémentaires pour évaluer le point de vue des professionnels travaillant dans le service : une étude descriptive quantitative sous forme de questionnaires à réponses fermées et une étude descriptive qualitative sous forme d'entretiens semi-dirigés.

1.5.1 Complémentarité dans les résultats attendus

Les résultats attendus des questionnaires sont quantitatifs, faciles à analyser et reproductibles ; ceux des entretiens sont qualitatifs, non reproductibles et nécessitent plus de moyens humains pour les mener et en extraire les informations.

La partie quantitative étudie des points pratiques précis ciblant des situations pratiques spécifiques ; l'autre, qualitative, met en avant les représentations de la bientraitance et des tendances dans la mise en œuvre de la bientraitance en tenant compte de facteurs intérieurs et extérieurs pouvant impacter celle-ci.

Ces deux approches permettent d'aborder la bientraitance dans les pratiques des professionnels sur le plan individuel et institutionnel. Les entretiens avaient pour but de rendre mieux compte des mouvements contre-transférentiels pouvant expliquer, au moins en partie, les attitudes et comportements des professionnels dans les situations cliniques où un enjeu éthique était présent.

1.5.2 Complémentarité dans les formes de recueil des données

Les questionnaires sous forme d'auto-évaluation plaçaient le professionnel seul face à lui-même et les questions éventuellement soulevées par la participation au questionnaire mais garantissaient l'anonymat et l'absence de regard extérieur sur les réponses données.

Les entretiens à travers un échange avec l'intervenant autour de la bientraitance ont été l'occasion d'un va-et-vient entre éthique et pratiques professionnelles pour aider le professionnel à élaborer sa réflexion et le sensibiliser à la bientraitance.

En fonction de la perception par le professionnel du service de la position et des intentions de l'intervenant menant l'entretien, sa présence a pu constituer un élément facilitateur ou limitant tant dans le recrutement que dans les résultats obtenus. En effet, le regard de l'intervenant a pu conditionner le choix de participer ou non à l'étude mais aussi les réponses données, celles-ci pouvant être modelées en fonction des attentes projetées par le personnel sur l'intervenant.

Par souci de clarté et de cohérence, nous allons détailler séparément l'évaluation quantitative et l'évaluation qualitative.

Chapitre 2 : Une évaluation quantitative : questionnaires à choix multiples

2.1 Matériel et méthodologie utilisés

2.1.1 Méthode de recrutement et de récupération des données

Les questionnaires ont été distribués dans les unités incluses dans l'étude entre le 1^{er} février et le 31 juillet 2016, et les derniers d'entre eux récupérés le 10 août 2016.

Ce questionnaire est une auto-évaluation des pratiques par le professionnel, chaque professionnel a dû remplir le questionnaire de manière individuelle.

Pour garantir à chacun la liberté de s'exprimer sans crainte de jugement ou de sanction, les données recueillies étaient anonymes. A l'exception d'une question concernant la profession exercée, aucune autre information demandée ne permettait d'identifier le professionnel ayant participé à l'étude.

Les modalités de distribution choisies avaient pour objectif de permettre la participation du plus grand nombre de professionnels. Ainsi les questionnaires étaient :

- remis en main propre lors de rencontres individuelles avec les professionnels du service,
- remis en main propre lors de réunions d'équipe, soit transmissions inter-équipes soit réunions cliniques,
- mis à disposition des professionnels au secrétariat de chaque unité et parfois dans le bureau médical pour une des trois unités.

Suite à la réticence du management à distribuer les questionnaires par courrier électronique via l'adresse professionnelle des soignants, nous n'avons pas eu recours à cette voie de diffusion. En effet, pour le management, ce mode de diffusion paraissait comporter le risque d'être perçu comme un envahissement de la vie privée des professionnels et donc de majorer la méfiance préexistante sur ce thème sensible et souvent difficile à aborder avec les équipes.

Ces questionnaires, une fois remplis, pouvaient être rendus au secrétariat de chaque unité où ils étaient conservés dans une pochette dédiée ou en main propre à l'un des responsables de l'étude (Dr Espaze ou moi-même).

Nous récupérons les questionnaires régulièrement dans les différentes unités du service.

2.1.2 Calcul de l'effectif nécessaire

À ce jour, il n'existe pas de taux de « respect de bonne pratique de référence », c'est-à-dire de taux défini suite à une enquête rigoureuse d'un point de vue statistique conduite sur une population comparable. La taille de l'échantillon choisi dépend de la précision des résultats que l'on souhaite obtenir ainsi que des contraintes de temps et de coûts. La HAS a donc défini de manière empirique le seuil minimal de questionnaires pour que l'échantillon soit représentatif du thème étudié. Ainsi, la HAS a retenu le seuil minimal de 30 questionnaires remplis.

Nous avons donc fixé un objectif de 30 participants comme effectif minimal pour la partie quantitative de notre étude. Cette partie, utilisant des questionnaires à réponses fermées devait au départ précéder la partie utilisant les entretiens semi-dirigés. Cependant, du fait du faible taux de retour, en particulier durant les premiers mois, nous avons décidé de mener les deux versants de l'étude en parallèle.

2.1.3 Le questionnaire utilisé

2.1.3.1 Choix du questionnaire

Pour évaluer le point de vue des professionnels concernant leur perception de la place de la bientraitance dans leurs pratiques, nous avons décidé de leur soumettre un questionnaire faisant partie des outils de promotion de la bientraitance, élaboré en 2012 par la HAS « Regards croisés sur la bientraitance – Questionnaire d'évaluation professionnel de l'établissement » (annexe 2). Il est composé de 54 questions à réponses fermées et 1 question ouverte permettant de noter d'éventuels commentaires.

D'autres questionnaires ont été élaborés par la HAS ou l'ANESM ayant pour thème la bientraitance mais, après l'analyse de chacun d'entre eux, aucun ne semblait correspondre à l'objectif que nous avons fixé : connaître le point de vue des professionnels travaillant en psychiatrie sur la bientraitance et la sensibilisation à la bientraitance sur leur lieu de travail.

Ainsi, soit le contenu, soit la méthodologie du questionnaire n'était pas applicable ou adapté à notre étude :

- de nombreux questionnaires sont destinés à des professionnels travaillant dans des structures prenant en charge des populations vulnérables spécifiques et comportent des questions éloignées de la problématique rencontrée dans les unités étudiées.
- certains questionnaires concernent davantage la maltraitance que la bientraitance.
- certains questionnaires concernent les pratiques de l'institution et non celles du professionnel en tant qu'individu.

La longueur du questionnaire, le contenu et la formulation de certaines questions nous ont d'emblée paru être des facteurs limitants. Cependant, pour garder une cohérence avec les évaluations menées par la HAS, aucune modification ne fut apportée.

2.1.3.2 Thèmes abordés par le questionnaire

Le nombre de thèmes abordés dans ce questionnaire est important. Parmi ceux-ci, certains nous ont d'emblée semblé être peu adaptés à la pratique des professionnels dans l'unité fermée d'hospitalisation de psychiatrie générale où nous avons mené l'étude. Les questions concernant la fin de vie paraissaient être des problématiques peu rencontrées dans le service. Les questions concernant le respect de l'autonomie du patient nous semblaient en revanche mériter quelques précisions.

Toutefois, nous avons souhaité garder la forme standard du questionnaire pour pouvoir comparer les résultats à ceux proposés par la HAS et n'avons donc éliminé aucune question a priori.

- Questions sur l'intimité, la dignité et la confiance,
- Questions sur la prise en charge de la douleur,
- Questions sur la démarche existant pour favoriser le confort,
- Questions sur la manière d'aborder la fin de vie et de préparer celle-ci,
- Questions sur la communication,
- Questions sur le respect de l'autonomie,
- Questions sur le respect de la personne.

2.1.4 Méthode de traitement des résultats

Après une revue de la littérature afin de rechercher les résultats des évaluations s'appuyant sur ce questionnaire menées par les autorités sanitaires, force est de constater l'absence de tout guide officiel. Ainsi, pour mettre en valeur et analyser les résultats de l'étude, nous avons utilisé un support proposé par le Réseau QualiSanté, apparemment également associé à l'élaboration du questionnaire. Une des missions du Réseau QualiSanté (soutenu par l'ARS des Pays de Loire) est d'appuyer les ESSMS dans leur démarche de qualité, de gestion des risques et d'évaluation en mettant à leur disposition une expertise adaptée. Celui-ci a développé une « démo » pour aider les professionnels s'engageant dans une démarche de bientraitance à traiter les informations reçues et rendre leur lecture plus simple.

Il s'agit d'un outil permettant l'analyse des résultats du questionnaire précité (HAS-FORAP, 2012b). Notre étude portant uniquement sur le point de vue des professionnels travaillant dans une unité fermée d'un service psychiatrique de secteur, nous n'avons pas distribué et traité le questionnaire destiné à l'auto-évaluation de l'établissement. Nous avons donc évalué d'une part l'acceptabilité des pratiques perçues en appliquant les seuils proposés par le Réseau QualiSanté et d'autre part les indicateurs de perception de la bientraitance selon la méthodologie du document, elle-même inspirée d'un article de N.Terrien et al. (2012).

2.2 Résultats et discussion

2.2.1 Caractéristiques de l'échantillon

Un total de 120 questionnaires a été distribué dans les 3 unités et 30 questionnaires ont été retournés, soit un taux de 25 %. Ce taux relativement faible semble refléter une adhésion limitée des professionnels à cette méthode de recueil des données.

Nous avons dû éliminer 2 questionnaires car ils comportaient plus de 40 % de « non réponses » : versos des feuilles non remplis pour l'un et commentaires à la place des réponses pour l'autre. Dans cet échantillon, 22,2 % (6) étaient des médecins, 29,6 % (8) des infirmiers, 25,9 % (7) des aides-soignants. 22,3 % (6) appartenaient à d'autres corps professionnels (psychologue, cadre de santé, agent hospitalier, psychomotricien, assistante sociale).

55,5 % des professionnels ayant répondu au questionnaire ont considéré que le questionnaire leur avait permis de s'interroger sur leurs pratiques (réponse *Oui* ou *En grande partie* à la question 54).

2.2.2 Résultats

2.2.2.1 Grille de lecture des questionnaires à l'intention des professionnels

Afin de faciliter la lecture des résultats et l'analyse, les résultats ont été agrégés en regroupant *Toujours / Très souvent* et *Rarement / Jamais*. Des seuils d'acceptabilité ont été appliqués sur les modalités de réponses *Toujours / Très souvent* et un seuil d'alerte pour *Rarement / Jamais* (les pourcentages ne tiennent pas compte des réponses *Non concerné* ou *Ne sait pas*).

Au vu du nombre élevé de réponses *Non concerné* ou *Ne sait pas*, nous avons défini un seuil d'alerte pour souligner la nécessité de comprendre les raisons de ces résultats (le pourcentage est calculé sur la base de l'ensemble des réponses reçues à la question).

Ces seuils sont conçus afin de dégager des tendances. Nous pensons qu'ils doivent par conséquent être utilisés uniquement à des fins qualitatives ou à titre de comparaison entre services et/ou établissements et non à des fins quantitatives.

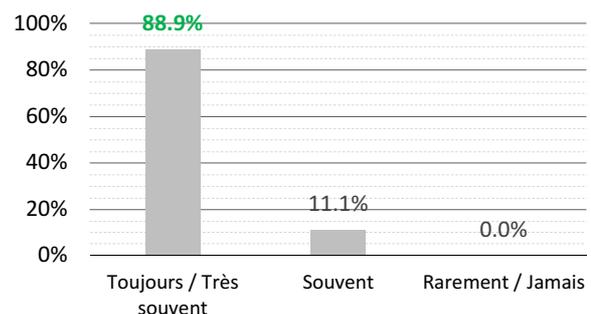
- *Toujours / Très souvent*
Seuil d'acceptabilité atteint (**vert**), taux ≥ 80 %,
Seuil d'acceptabilité partiellement atteint (**orange**), taux < 80 %,
Seuil d'alerte (**rouge**), taux < 60 %.
- *Rarement / Jamais*
Seuil d'alerte (**rouge**), taux ≥ 10 %.
- *Non concerné* ou *Ne sait pas*
Seuil d'alerte (**rouge**), taux ≥ 25 %.

Les résultats complets sont donnés dans l'annexe 2.

2.2.2.2 Questionnement du professionnel sur ses pratiques : « lors de la prise en charge des patients »

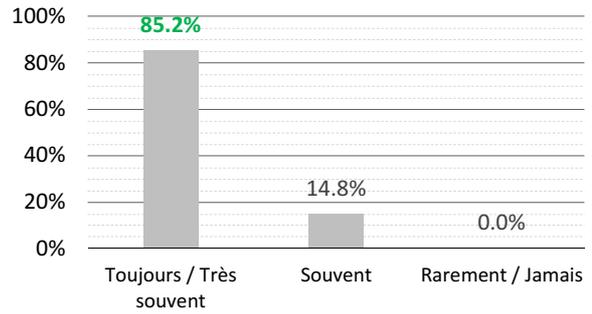
1. Je recueille l'accord du patient, du résident, pour tout acte le concernant.

	%	nb
Toujours / Très souvent	88.9%	(24)
Souvent	11.1%	(3)
Rarement / Jamais	0.0%	(0)
Non concerné	3.6%	(1)



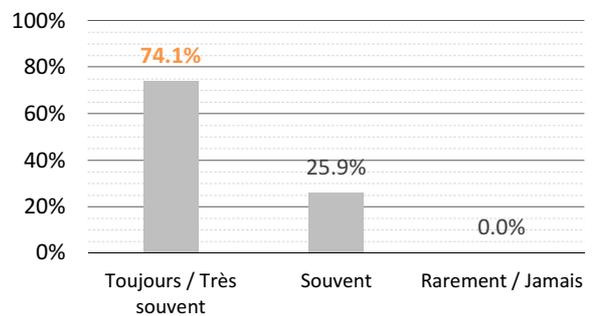
2. Je respecte les choix et les refus du patient, du résident.

	%	nb
Toujours / Très souvent	85.2%	(23)
Souvent	14.8%	(4)
Rarement / Jamais	0.0%	(0)
<hr/>		
Non concerné	3.6%	(1)



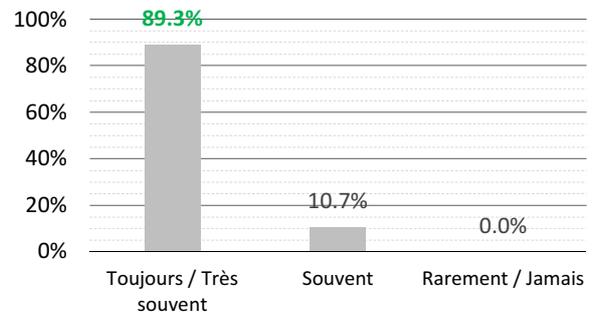
3. Je connais les informations médicales délivrées par l'équipe au patient, au résident.

	%	nb
Toujours / Très souvent	74.1%	(20)
Souvent	25.9%	(7)
Rarement / Jamais	0.0%	(0)
<hr/>		
Non concerné	3.6%	(1)



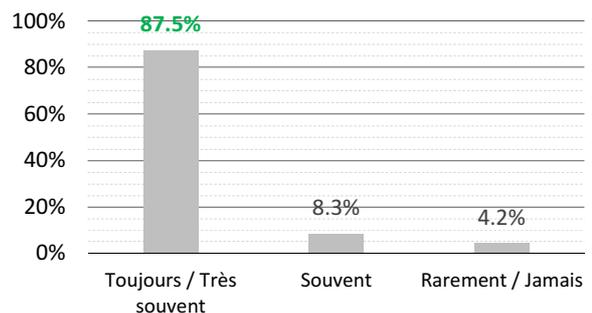
4. Lorsque je délivre des informations au patient, au résident, je m'assure de sa compréhension (reformulation).

	%	nb
Toujours / Très souvent	89.3%	(25)
Souvent	10.7%	(3)
Rarement / Jamais	0.0%	(0)
<hr/>		
Non concerné	0.0%	(0)



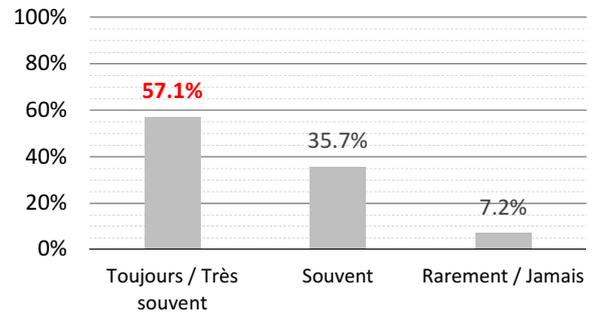
5. Je laisse le patient, le résident circuler librement au sein du service, de l'établissement, lorsque cela est possible.

	%	nb
Toujours / Très souvent	87.5%	(21)
Souvent	8.3%	(2)
Rarement / Jamais	4.2%	(1)
<hr/>		
Non concerné	14.3%	(4)



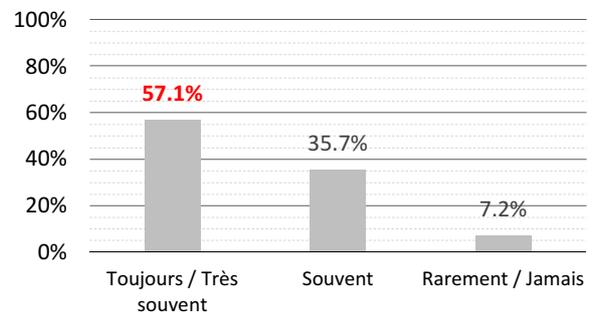
6. Je connais les habitudes de vie, la culture du patient, du résident.

	%	nb
Toujours / Très souvent	57.1%	(16)
Souvent	35.7%	(10)
Rarement / Jamais	7.2%	(2)
Non concerné	0.0%	(0)



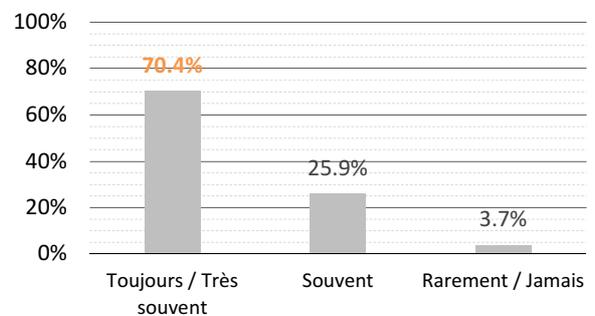
7. J'identifie les membres de l'entourage du patient, du résident.

	%	nb
Toujours / Très souvent	57.1%	(16)
Souvent	35.7%	(10)
Rarement / Jamais	7.2%	(2)
Non concerné	0.0%	(0)



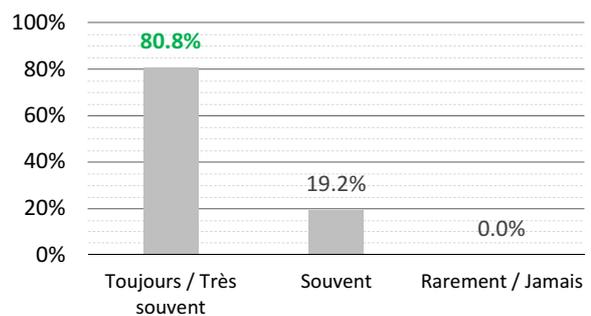
8. Je communique avec l'entourage du patient, du résident.

	%	nb
Toujours / Très souvent	70.4%	(19)
Souvent	25.9%	(7)
Rarement / Jamais	3.7%	(1)
Non concerné	3.6%	(1)



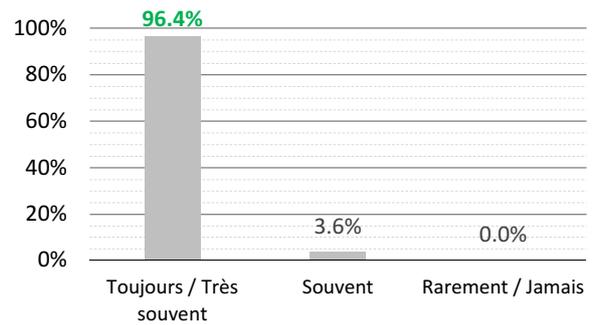
9. J'intègre le patient, le résident, aux discussions le concernant lorsque je suis en sa présence.

	%	nb
Toujours / Très souvent	80.8%	(21)
Souvent	19.2%	(5)
Rarement / Jamais	0.0%	(0)
Non concerné	7.1%	(2)



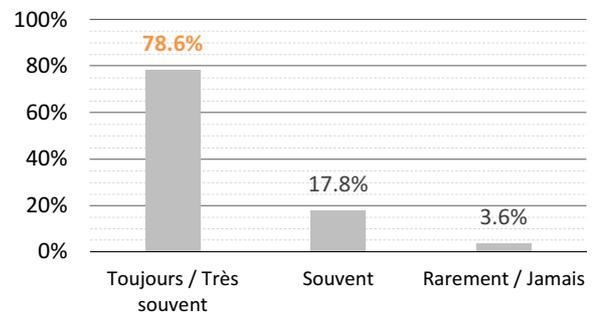
10. J'adapte mes propos et mes actions à l'état du patient, du résident (âge, handicap...).

	%	nb
Toujours / Très souvent	96.4%	(27)
Souvent	3.6%	(1)
Rarement / Jamais	0.0%	(0)
<hr/>		
Non concerné	0.0%	(0)



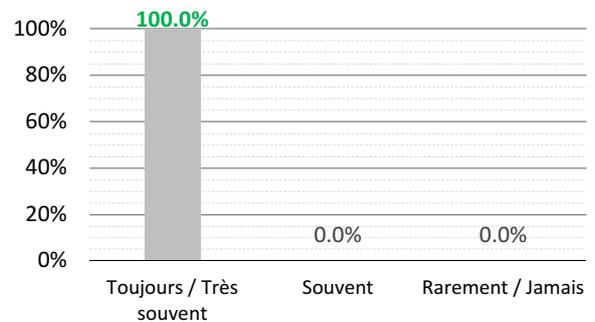
11. Je reste discret sur mes sujets de discussions (personnels et professionnels) entre collègues à proximité des patients, des résidents.

	%	nb
Toujours / Très souvent	78.6%	(22)
Souvent	17.8%	(5)
Rarement / Jamais	3.6%	(1)
<hr/>		
Non concerné	0.0%	(0)



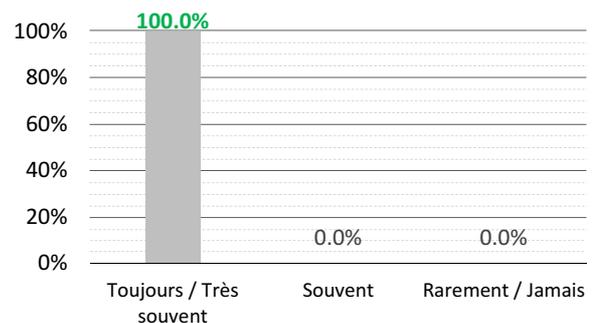
12. Je réalise les soins dans le respect de l'intimité du patient, du résident.

	%	nb
Toujours / Très souvent	100.0%	(25)
Souvent	0.0%	(0)
Rarement / Jamais	0.0%	(0)
<hr/>		
Non concerné	10.7%	(3)



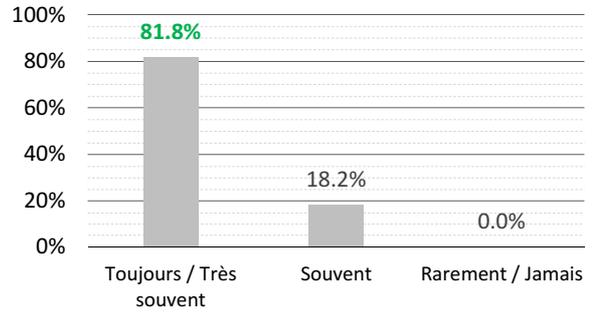
13. J'informe le patient, le résident, des raisons de son isolement, si nécessaire.

	%	nb
Toujours / Très souvent	100.0%	(23)
Souvent	0.0%	(0)
Rarement / Jamais	0.0%	(0)
<hr/>		
Non concerné	17.9%	(5)



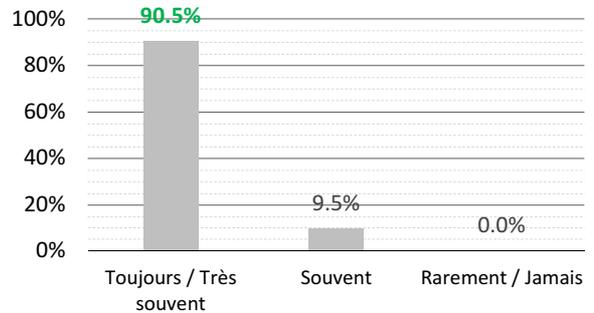
14. Je respecte l'autonomie fonctionnelle du patient, du résident (pour la toilette, l'habillage, les repas...).

	%	nb
Toujours / Très souvent	81.8%	(18)
Souvent	18.2%	(4)
Rarement / Jamais	0.0%	(0)
<hr/>		
Non concerné	21.4%	(6)



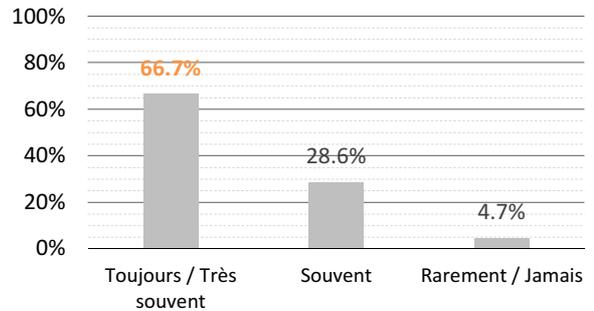
15. Je mets en œuvre les bonnes pratiques de contention physique.

	%	nb
Toujours / Très souvent	90.5%	(19)
Souvent	9.5%	(2)
Rarement / Jamais	0.0%	(0)
<hr/>		
Non concerné	22.2%	(6)



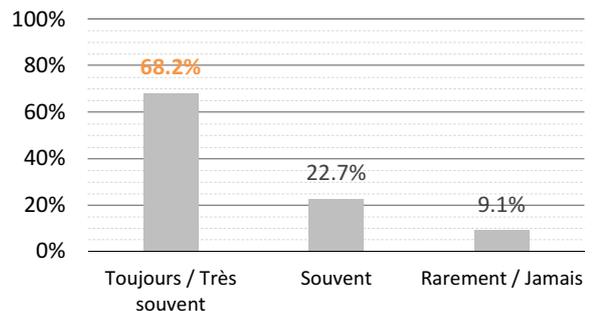
16. J'évalue l'état nutritionnel du patient, du résident.

	%	nb
Toujours / Très souvent	66.7%	(14)
Souvent	28.6%	(6)
Rarement / Jamais	4.7%	(1)
<hr/>		
Non concerné	25.0%	(7)



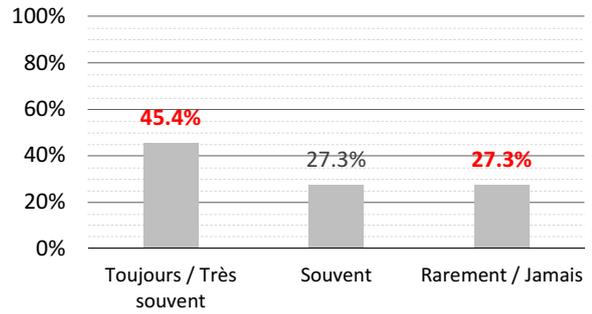
17. J'évalue le risque d'escarre du patient, du résident.

	%	nb
Toujours / Très souvent	68.2%	(15)
Souvent	22.7%	(5)
Rarement / Jamais	9.1%	(2)
<hr/>		
Non concerné	21.4%	(6)



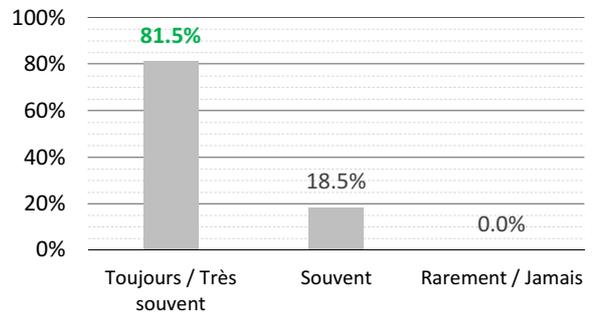
18. J'utilise une échelle reconnue pour l'évaluation de la douleur du patient, du résident.

	%	nb
Toujours / Très souvent	45.4%	(10)
Souvent	27.3%	(6)
Rarement / Jamais	27.3%	(6)
Non concerné	21.4%	(6)



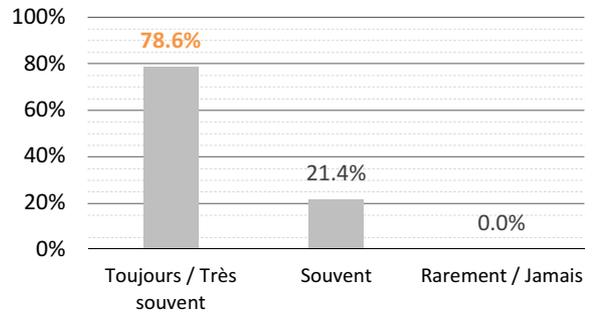
19. J'apporte une attention à ma communication non verbale (sourire, regard...).

	%	nb
Toujours / Très souvent	81.5%	(22)
Souvent	18.5%	(5)
Rarement / Jamais	0.0%	(0)
Non concerné	0.0%	(0)



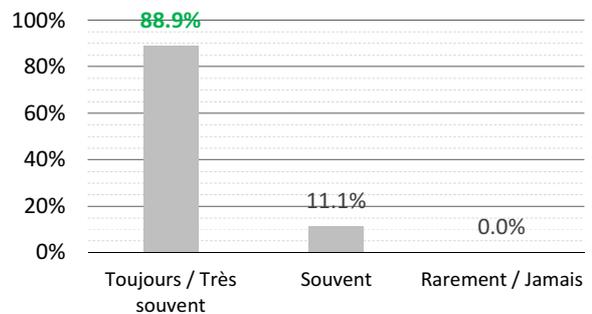
20. Je réponds à la sonnette dans un délai adapté.

	%	nb
Toujours / Très souvent	78.6%	(11)
Souvent	21.4%	(3)
Rarement / Jamais	0.0%	(0)
Non concerné	48.1%	(13)



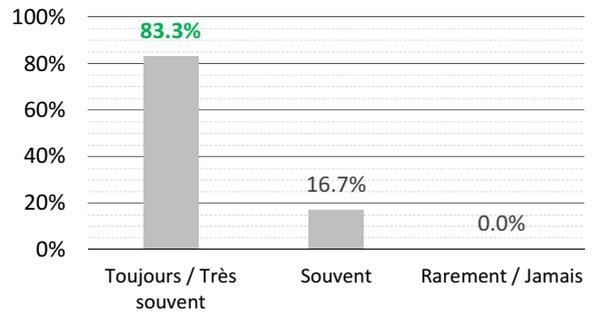
21. Je frappe et attends avant d'entrer dans la chambre du patient, du résident.

	%	nb
Toujours / Très souvent	88.9%	(24)
Souvent	11.1%	(3)
Rarement / Jamais	0.0%	(0)
Non concerné	3.6%	(1)



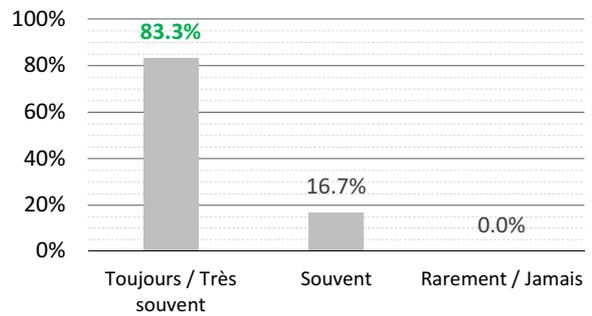
22. Je n’allume pas une lumière éblouissante la nuit en entrant dans la chambre.

	%	nb
Toujours / Très souvent	83.3%	(10)
Souvent	16.7%	(2)
Rarement / Jamais	0.0%	(0)
<hr/>		
Non concerné	55.6%	(15)



23. Je veille à ne pas faire de bruit.

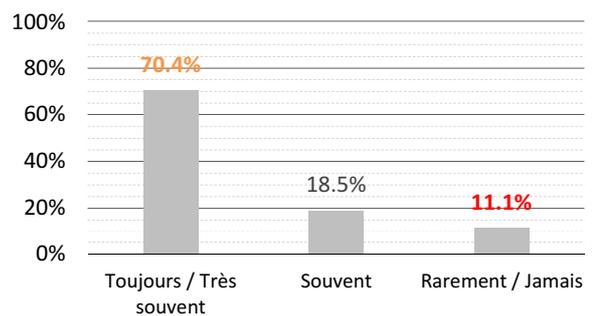
	%	nb
Toujours / Très souvent	83.3%	(15)
Souvent	16.7%	(3)
Rarement / Jamais	0.0%	(0)
<hr/>		
Non concerné	35.7%	(10)



2.2.2.3 Questionnement du professionnel sur les pratiques du service : « dans le service, l’unité... »

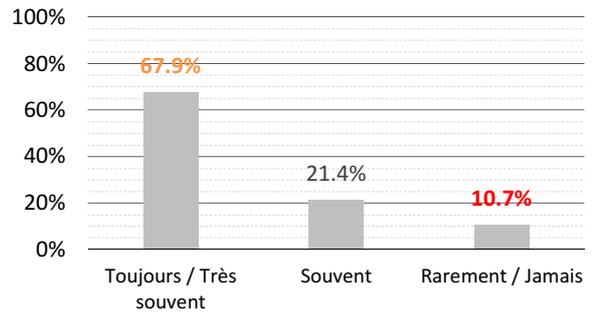
24. Un temps d’accueil du patient, du résident, est organisé.

	%	nb
Toujours / Très souvent	70.4%	(19)
Souvent	18.5%	(5)
Rarement / Jamais	11.1%	(3)
<hr/>		
Ne sait pas	0.0%	(0)



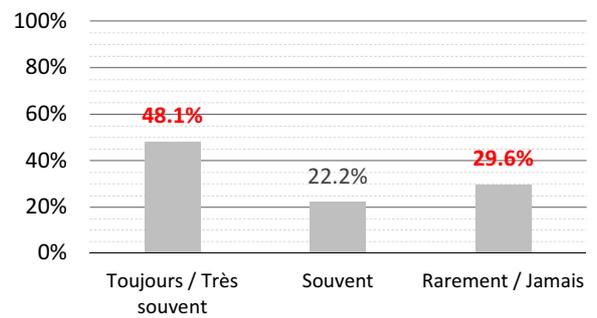
25. L'information du patient, du résident, est organisée.

	%	nb
Toujours / Très souvent	67.9%	(19)
Souvent	21.4%	(6)
Rarement / Jamais	10.7%	(3)
Ne sait pas	0.0%	(0)



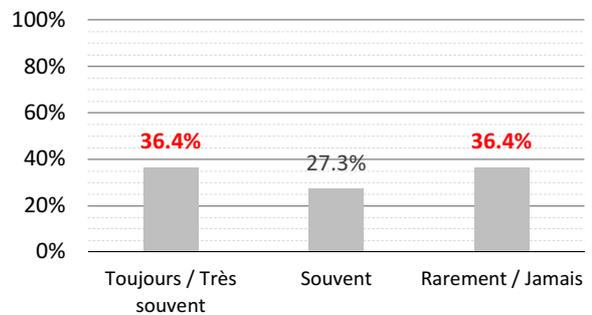
26. Le recueil de la personne de confiance est organisé.

	%	nb
Toujours / Très souvent	48.1%	(13)
Souvent	22.2%	(6)
Rarement / Jamais	29.6%	(8)
Ne sait pas	3.6%	(1)



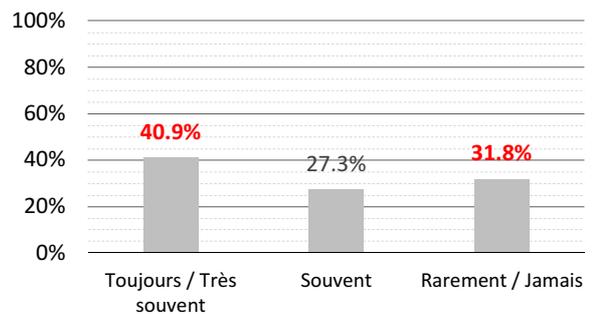
27. Les directives anticipées du patient, du résident, sont recueillies, si ce dernier le souhaite.

	%	nb
Toujours / Très souvent	36.4%	(8)
Souvent	27.3%	(6)
Rarement / Jamais	36.4%	(8)
Ne sait pas	21.4%	(6)



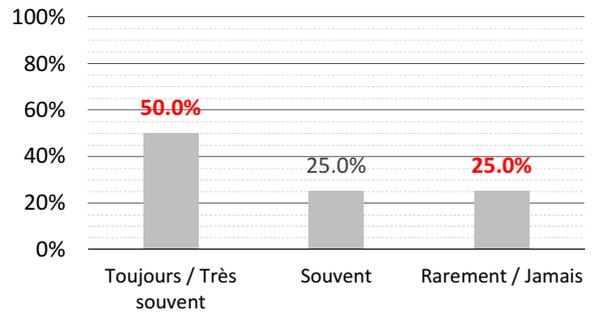
28. Un dépistage des troubles nutritionnels est réalisé

	%	nb
Toujours / Très souvent	40.9%	(9)
Souvent	27.3%	(6)
Rarement / Jamais	31.8%	(7)
Ne sait pas	21.4%	(6)



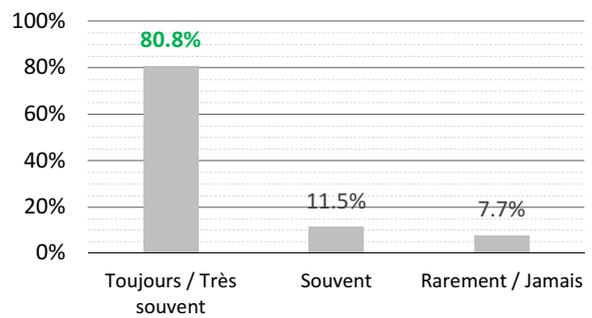
29. Un dépistage du risque d’escarre est réalisé.

	%	nb
Toujours / Très souvent	50.0%	(10)
Souvent	25.0%	(5)
Rarement / Jamais	25.0%	(5)
<hr/>		
Ne sait pas	28.6%	(8)



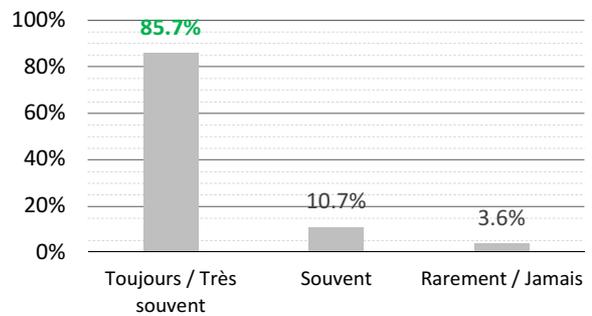
30. Un soutien psychologique est proposé au patient, au résident, si besoin.

	%	nb
Toujours / Très souvent	80.8%	(21)
Souvent	11.5%	(3)
Rarement / Jamais	7.7%	(2)
<hr/>		
Ne sait pas	0.0%	(0)



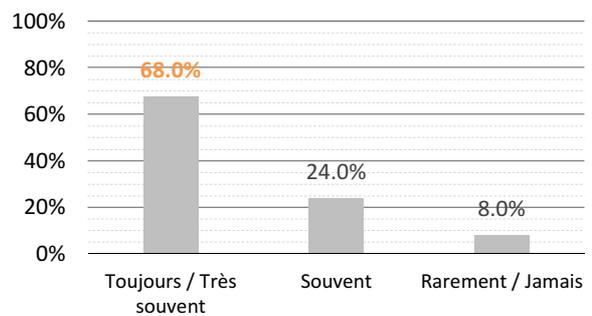
31. Un soutien social est proposé au patient, au résident, si besoin.

	%	Nb
Toujours / Très souvent	85.7%	(24)
Souvent	10.7%	(3)
Rarement / Jamais	3.6%	(1)
<hr/>		
Ne sait pas	0.0%	(0)



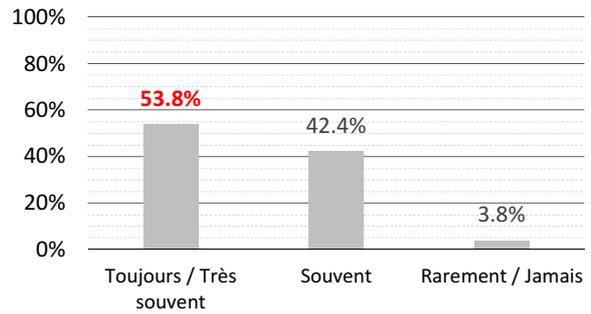
32. Le patient, le résident, a un projet de soins/de vie formalisé.

	%	nb
Toujours / Très souvent	68.0%	(17)
Souvent	24.0%	(6)
Rarement / Jamais	8.0%	(2)
<hr/>		
Ne sait pas	3.8%	(1)



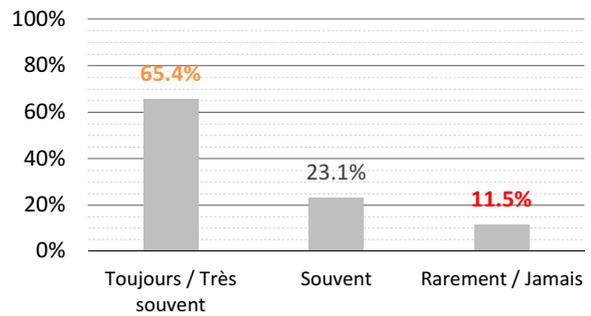
33. Chaque patient, résident (et si nécessaire l'entourage) a connaissance de son projet de soins.

	%	nb
Toujours / Très souvent	53.8%	(14)
Souvent	42.4%	(11)
Rarement / Jamais	3.8%	(1)
<hr/>		
Ne sait pas	7.1%	(2)



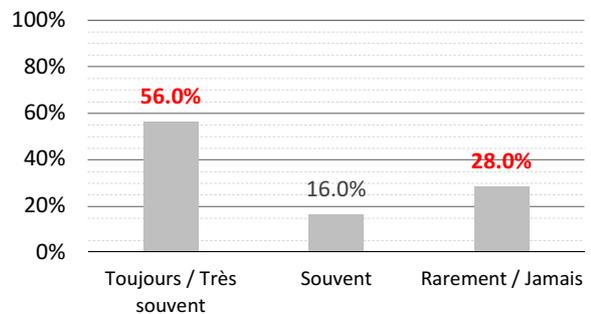
34. Ce projet est réévalué au cours du séjour.

	%	nb
Toujours / Très souvent	65.4%	(17)
Souvent	23.1%	(6)
Rarement / Jamais	11.5%	(3)
<hr/>		
Ne sait pas	3.7%	(1)



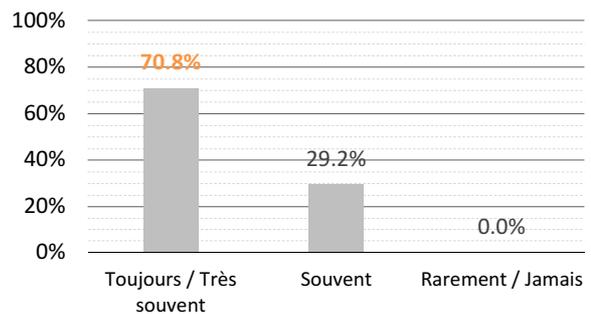
35. La planification des soins est adaptée au rythme des patients, des résidents

	%	nb
Toujours / Très souvent	56.0%	(14)
Souvent	16.0%	(4)
Rarement / Jamais	28.0%	(7)
<hr/>		
Ne sait pas	7.4%	(2)



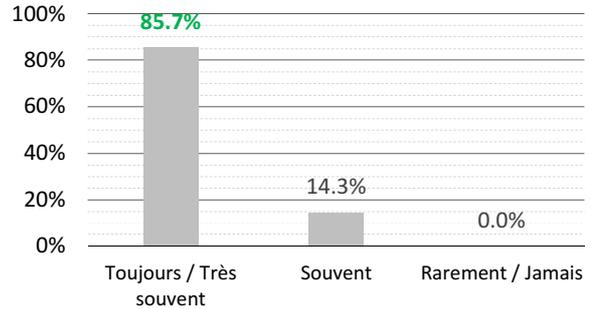
36. Une information régulière est fournie au patient, au résident, sur son état de santé/examens, tout au long de sa prise en charge

	%	nb
Toujours / Très souvent	70.8%	(17)
Souvent	29.2%	(7)
Rarement / Jamais	0.0%	(0)
<hr/>		
Ne sait pas	14.3%	(4)



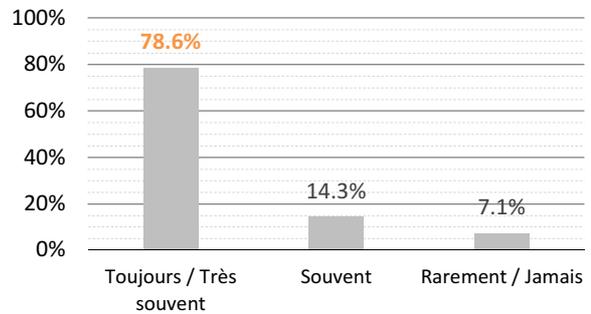
37. Les transmissions (médicales et paramédicales) sont tracées dans le dossier du patient, du résident.

	%	nb
Toujours / Très souvent	85.7%	(24)
Souvent	14.3%	(4)
Rarement / Jamais	0.0%	(0)
<hr/>		
Ne sait pas	0.0%	(0)



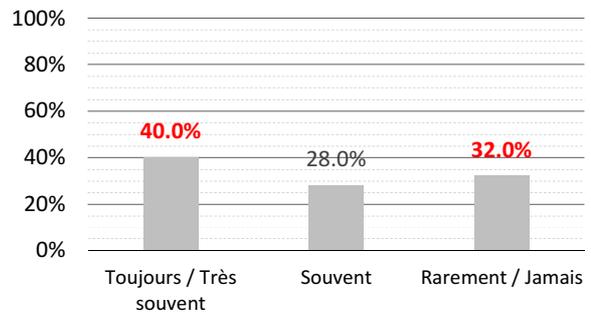
38. La coordination de la prise en charge des patients, des résidents entre professionnels est assurée.

	%	nb
Toujours / Très souvent	78.6%	(22)
Souvent	14.3%	(4)
Rarement / Jamais	7.1%	(2)
<hr/>		
Ne sait pas	0.0%	(0)



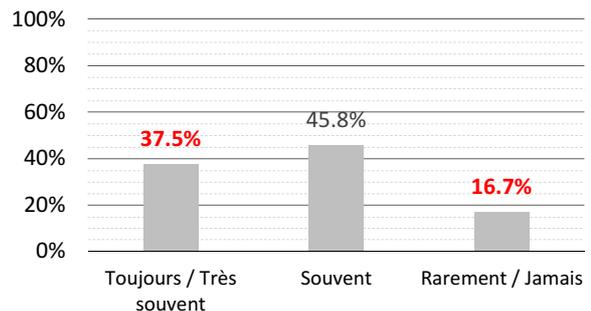
39. Un programme d'éducation thérapeutique par une équipe formée est proposé au patient, au résident, si nécessaire.

	%	nb
Toujours / Très souvent	40.0%	(10)
Souvent	28.0%	(7)
Rarement / Jamais	32.0%	(8)
<hr/>		
Ne sait pas	10.7%	(3)



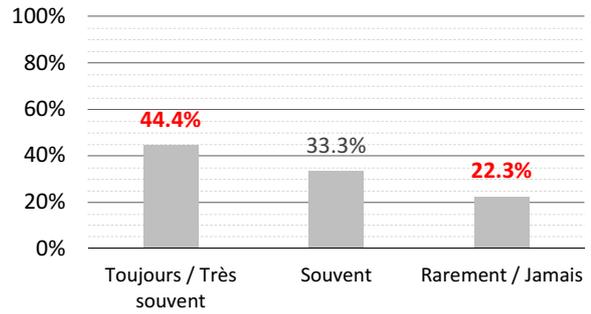
40. Le patient, le résident, est informé des événements indésirables associés aux soins survenus lors de sa prise en charge.

	%	nb
Toujours / Très souvent	37.5%	(9)
Souvent	45.8%	(11)
Rarement / Jamais	16.7%	(4)
<hr/>		
Ne sait pas	11.1%	(3)



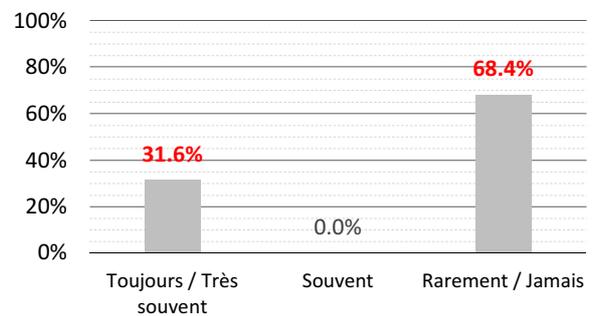
41. La période de jeûne nocturne est inférieure à 12 h 00.

	%	nb
Toujours / Très souvent	44.4%	(8)
Souvent	33.3%	(6)
Rarement / Jamais	22.3%	(4)
Ne sait pas	33.3%	(9)



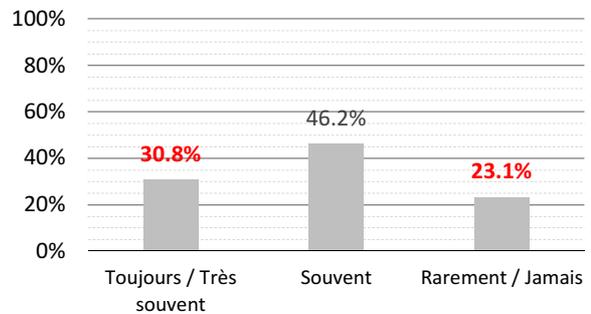
42. Le patient, le résident, participe au choix de son menu.

	%	nb
Toujours / Très souvent	31.6%	(6)
Souvent	0.0%	(0)
Rarement / Jamais	68.4%	(13)
Ne sait pas	29.6%	(8)



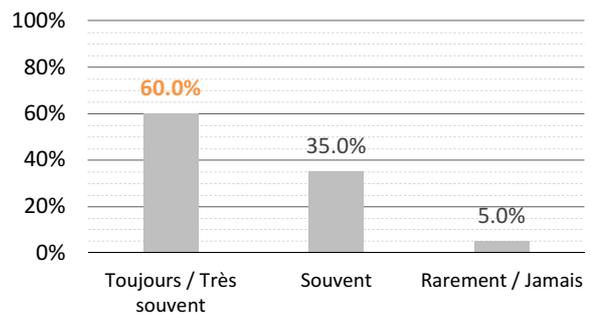
43. Les horaires de visites sont adaptables.

	%	nb
Toujours / Très souvent	30.8%	(8)
Souvent	46.2%	(12)
Rarement / Jamais	23.1%	(6)
Ne sait pas	7.1%	(2)



44. Les pauses du personnel sont organisées au regard de l'activité.

	%	nb
Toujours / Très souvent	60.0%	(12)
Souvent	35.0%	(7)
Rarement / Jamais	5.0%	(1)
Ne sait pas	25.9%	(7)



2.2.2.4 Indicateurs de perception de la bientraitance

Le questionnaire à l'attention des professionnels permet l'identification de trois scores de perception des pratiques de bientraitance par les professionnels. Les items qui constituent les scores sont les suivants :

- Items de l'indicateur « *Respect* »

Je recueille l'accord du patient / résident pour tout acte le concernant. (1)

Je respecte les choix et refus du patient / résident. (2)

Je reste discret sur mes sujets de discussions entre collègues à proximité des patients / résidents. (6)

Je frappe avant d'entrer dans la chambre des patients / résidents. (21)

Je veille à ne pas faire de bruit. (23)

- Items de l'indicateur « *Information* »

Je connais les informations médicales délivrées au patient / résident par l'équipe. (3)

Lorsque je délivre des informations au patient / résident, je m'assure de sa compréhension. (4)

Je connais les habitudes de vie, la culture du patient / résident. (6)

Je communique avec l'entourage du patient / résident. (8)

J'intègre le patient / résident aux discussions le concernant lorsque je suis en sa présence. (9)

- Items de l'indicateur « *Organisation* »

Un temps d'accueil du patient / résident est organisé. (24)

Le recueil de la personne de confiance est organisé. (26)

Un soutien psychologique est proposé au patient / résident, si besoin. (30)

Un soutien social est proposé au patient / résident, si besoin. (31)

Une information régulière est fournie au patient / résident sur son état de santé tout au long de sa prise en charge. (36)

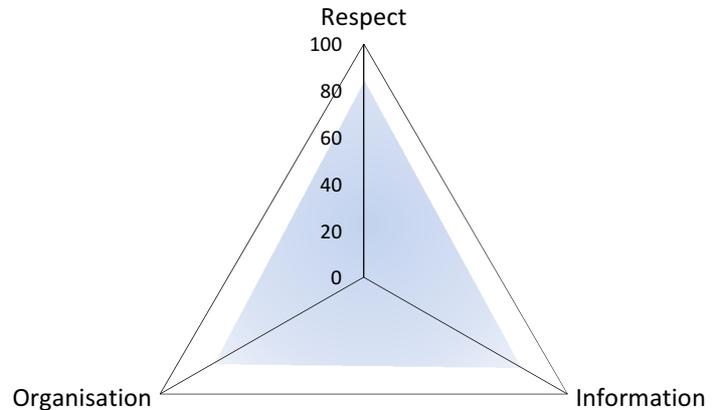
La coordination de la prise en charge du patient / résident entre professionnels est organisée. (38)

Le patient / résident est informé des événements indésirables associés aux soins survenus lors de sa prise en charge. (40)

Pour chacun des items, un nombre de points (respectivement 0, 1, 2, 3 et 4) est attribué aux 5 modalités de réponses (jamais, rarement, souvent, très souvent, toujours). Un score individuel pour chaque professionnel est calculé lorsque celui-ci répond à au moins la moitié plus un des items de l'indicateur, en sommant les réponses aux items puis en divisant par le nombre d'items

renseignés. Une règle de trois est ensuite appliquée afin que le score soit compris entre 0 et 100. Le score moyen d'un indicateur est la somme des scores individuels divisée par le nombre de répondants.

	Score sur 100
Respect	84.1
Information	76.8
Organisation	73.6



2.2.3 Discussion

2.2.3.1 Un objectif principal atteint

L'objectif principal de cette étude, à savoir recueillir le point de vue des professionnels de santé concernant la place de la bientraitance dans leurs pratiques, a pu être atteint grâce à une participation suffisante (effectif = 30) pour avoir une certaine représentativité selon les critères fixés par la HAS. Le questionnaire nous permet d'avoir un regard sur la perception par les professionnels de leurs pratiques et des pratiques du service. Il ne s'agit pas de la réalité dans le service mais bien d'un ressenti propre à chacun.

2.2.3.2 Un taux de participation faible

Le faible taux de participation, malgré une présence régulière et un fort activisme dans les unités pour encourager les professionnels à s'inscrire dans cette démarche, est à souligner.

Quelques motifs pouvant expliquer ce manque d'engouement de la part des professionnels du service furent évoqués par ces derniers lors des entretiens ou lors d'échanges informels dans les unités. Voici ceux entendus le plus fréquemment :

- un faible intérêt pour participer à cette étude sur la bientraitance
- une méfiance par rapport à cet outil créé par les autorités sanitaires :

Il existe une confusion chez certains professionnels concernant le rôle de cet outil : évaluation versus contrôle et un questionnement fréquent autour de l'utilisation des données recueillies.

- un manque de disponibilité :
Certains professionnels ont évoqué leur manque de disponibilité pour répondre au questionnaire dans de bonnes conditions (lieu calme, disponibilité psychique, temps adéquat, importance aux yeux de certains d'être seul pour le compléter). En effet, l'effectif limité dans les unités pouvait être un obstacle à la participation. Notons que le questionnaire nécessitait un temps pour le compléter compris entre 15 et 30 minutes en fonction du temps de lecture et de réflexion autour de chaque question.
- la forme du questionnaire :
Ces questions à choix multiple appelant des réponses fermées ont pu mettre en difficulté certains professionnels qui ont préféré ne pas répondre au questionnaire. En effet, certains d'entre eux nous ont fait part de leur besoin de pouvoir nuancer leurs réponses pour bien refléter la réalité de leur quotidien.
- le contenu des questions :
Certaines questions ne tiennent pas compte des spécificités de la prise en charge des troubles psychiques

2.2.3.3 Les perceptions des pratiques professionnelles individuelles

Les 23 premières questions du questionnaire portant sur l'auto-évaluation des pratiques professionnelles individuelles indiquaient une bonne acceptabilité pour 14 d'entre elles, une acceptabilité partielle pour 6 d'entre elles et un seuil d'alerte pour les 3 restantes dont 1 comportant une double alerte tant au niveau du faible taux de réponses acceptables que du taux élevé de réponses non acceptables (n°18).

Cette question n°18 porte sur l'utilisation d'une échelle adaptée pour évaluer la douleur chez un usager. Parmi les 22 personnes s'étant senties concernées par la question, moins de la moitié d'entre elles ont déclaré utiliser une échelle d'évaluation de la douleur. Il paraît donc important, comme pour d'autres points de vigilance sur le plan somatique, de sensibiliser les équipes de professionnels et leur donner des outils faciles d'utilisation pour améliorer leurs pratiques.

Les deux autres questions (n°6 et n°7) ayant donné lieu à des alertes portent sur la place de l'utilisateur en tant que sujet. En effet, seulement 60 % des professionnels ayant répondu ont indiqué connaître les habitudes de vie, la culture du patient et identifier les membres de l'entourage de celui-ci.

Il semble important de souligner la perception positive autour de certaines pratiques professionnelles individuelles. Ainsi, certaines pratiques paraissent bien ancrées dans les usages

des professionnels du service. Plus de 90 % des professionnels concernés ont estimé adapter leurs propos et leurs actions à l'état du patient, réaliser les soins dans le respect de l'intimité du patient, informer le patient des raisons de son isolement si nécessaire et mettre en œuvre les bonnes pratiques de contention physique.

Ainsi, les résultats de cette étude montrent que les professionnels ont l'impression de prendre en compte les valeurs de la bientraitance dans leurs pratiques tout en ayant conscience des améliorations nécessaires sur certains points et du travail important à mener pour respecter l'Autre en tant que sujet.

2.2.3.4 Les perceptions des pratiques professionnelles du service

Le seuil d'alerte est souvent franchi dans cette partie du questionnaire (questions n°24 à n°44) concernant la perception des pratiques professionnelles dans le service. En effet, le rouge domine largement. Les taux d'acceptabilité de 4 questions sont au-dessus d'un seul seuil d'alerte et pour 10 questions, ce seuil d'alerte est dépassé à 2 niveaux.

Parmi ces 10 questions, certaines concernent le dépistage de comorbidités somatiques : recherche de troubles nutritionnels (n°28), de risque d'escarre (n°29). Ces troubles sont peu fréquents en psychiatrie générale. Mais, ces résultats ayant pour but d'alerter sur les pratiques, corrélés à ceux de la question concernant la douleur, semblent montrer la nécessité d'un progrès dans la surveillance et le traitement des comorbidités somatiques chez les usagers en psychiatrie.

D'autres questions concernant l'organisation des soins ont obtenu des résultats critiquables qui nécessiteraient une réflexion autour de ces pratiques. Ainsi, les résultats des questions portant sur l'adaptabilité des horaires de visite, sur l'information de l'utilisateur en cas d'événements indésirables associées aux soins survenus lors de la prise en charge ou encore l'existence et la mise à disposition d'un programme d'éducation thérapeutique atteignent les seuils d'alerte de non acceptabilité et devraient conduire rapidement à des mesures dans le service pour prendre en compte ces points à corriger.

Les trois seules questions ayant atteint un taux d'acceptabilité recevable concernent la proposition d'un soutien psychologique au patient, la proposition d'un soutien social au patient et le traçage des transmissions médicales et paramédicales dans le dossier.

Ainsi la perception des professionnels quant à l'intégration de la bientraitance aux pratiques institutionnelles dans le service semble plutôt négative. Les pratiques professionnelles du

service mériteraient donc de gagner en lisibilité et de mieux s’inscrire dans une démarche vers la bientraitance.

2.2.3.5 Un taux important de réponses *Non concerné* et *Ne sait pas*

Le taux de *Non concernés* ou *Ne sait pas* étant très élevé parmi les réponses à de nombreuses questions, nous avons estimé nécessaire de chercher à en comprendre les raisons. N’ayant pas retrouvé cette problématique dans les évaluations de ce questionnaire par la HAS ou le Réseau QualiSanté, nous avons fixé, a posteriori, un seuil d’alerte de manière empirique. Pour définir ce seuil, nous avons pris en compte le nombre de professionnels non-soignant (n = 6) dont le taux de représentativité élevé, (au vu du faible échantillon) a pu impacté sur certains résultats. En effet, au vu de l’intitulé de certaines questions portant sur des pratiques soignantes, le personnel non soignant a pu ne pas se sentir concerné ou ne pas disposer de certaines informations.

Nous avons étudié ces réponses de plus près afin d’avoir des éléments pour répondre aux questions soulevées :

S’agit-il d’une inadéquation des questions à la pratique dans le service ? D’une inadéquation par rapport à la pratique de certains corps professionnels ? De manque d’intérêt ou d’information sur les pratiques dans le service ? Ou bien une combinaison de ces trois hypothèses ?

Ainsi, 2 questions (n°20 et n°22) ont obtenu un taux de réponse *Non concerné* proche ou au-dessus de 50 %. Ce taux incluait donc des professionnels participant aux soins.

Pour la question n°20, 13 personnes ont répondu ne pas être concernées. Ce taux pourrait paraître très important, mais, dans le cadre de l’étude et du fait de l’absence de sonnettes dans les chambres, il est en réalité plutôt faible. La manière dont les professionnels ayant répondu à cette question ont interprété celle-ci mériterait d’être éclairci. Il s’agirait donc d’une inadéquation de la question avec la réalité de la pratique dans le service.

La question n°22 porte quant à elle sur l’allumage d’une lumière éblouissante la nuit en entrant dans la chambre. 15 personnes ont répondu ne pas être concernées. Les professionnels ayant participé travaillant de jour, ce taux peut s’expliquer par l’inadéquation de cette question à leurs pratiques quotidiennes.

Les taux de réponses *Non concerné* / *Ne sait pas* de 5 autres questions dépassent les 25 %.

L’une d’entre elles concernait les pratiques individuelles et portait sur l’évaluation de l’état nutritionnel des patients (n°16).

4 questions portaient sur les pratiques professionnelles dans le service portant sur dépistage du risque d'escarre (n°29), sur la période de jeûne nocturne (n°41), sur le choix du menu par le patient (n°42) et sur l'organisation des pauses de personnel en fonction de l'activité du service (n°44).

A l'exception du dépistage d'escarre qui relève d'une pratique soignante, les trois autres questions relevaient de l'organisation du service pour assurer le bien-être des usagers. L'organisation du service étant un point central du soin pour tous les professionnels et les usagers, le taux élevé de *Non-concerné* ne pourrait être expliqué uniquement par la profession du participant. Il s'agirait donc d'un manque d'intérêt ou d'information au sein du service concernant ces domaines. De plus, les seuils d'alerte ayant été atteints pour toutes ces questions, un travail de sensibilisation et d'amélioration des pratiques destiné à l'ensemble des professionnels à ce sujet serait utile.

Ainsi, les causes pouvant expliquer ces taux semblent souvent s'imbriquer les unes dans les autres : des études complémentaires seraient nécessaires pour faire la part entre chacun des facteurs sus-cités.

2.2.3.6 Des indicateurs de perception

Dans notre étude, les scores de l'indicateur « *Respect* » (84,1%) sont supérieurs à ceux de l'indicateur « *Information* » (76,8%), eux-mêmes légèrement supérieurs à ceux de l'indicateur « *Organisation* » (73,6%).

L'importance de l'indicateur « *Respect* » dans notre étude rend bien compte de la préoccupation des professionnels pour le respect et la dignité des usagers. Les scores plus bas des indicateurs « *Information* » et « *Organisation* » soulignent les lacunes dans ces aspects de la prise en charge offerte aux personnes hospitalisées dans le service.

Ainsi, des mesures visant à améliorer l'organisation des soins mais aussi les informations des usagers et de leurs proches sont à mettre en place en priorité pour inscrire le service dans une démarche vers la bientraitance cohérente et efficace.

2.2.3.7 Un outil utile mais ayant des limites

Ce questionnaire est un outil pouvant être utilisé dans une démarche de sensibilisation puisque 55,5% des professionnels ayant participé l'ont jugé efficace pour s'interroger sur leurs pratiques. Pour comprendre la manière dont cet outil peut être intégré dans une démarche de promotion de la bientraitance, voici plusieurs remarques quant à son utilisation.

. Points positifs de cet outil :

Cet outil d'évaluation sous forme de questionnaire a un aspect pratique indéniable. Il est accessible (ne nécessite pas beaucoup de moyens humains ou financiers pour sa mise en place) et reproductible (la méthodologie est aisée à reproduire et les résultats obtenus sont faciles à analyser en utilisant des méthodes statistiques).

. Points négatifs ou limitants de cet outil :

Le questionnaire constitue une approche quantitative ayant du mal à refléter la réalité des pratiques professionnelles et le vécu des soignants. De plus, il s'agit d'un outil de sensibilisation à la bientraitance assez basique car il ne permet pas de réel processus d'élaboration psychique autour des pratiques et du respect des valeurs de la bientraitance. Enfin, il aborde des pratiques qui ne sont pas communes à tous les corps professionnels interrogés et des thèmes qui, pour certains, ne concernent pas directement les pratiques dans un secteur psychiatrique.

Ainsi, il apparaît nécessaire de compléter ce questionnaire par un autre mode d'évaluation et de sensibilisation à la bientraitance permettant de mieux prendre en compte les problématiques spécifiques rencontrées en psychiatrie.

2.2.3.8 Biais de l'étude

. Des biais de sélection

Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation basé sur le volontariat. Par conséquent, les professionnels ayant accepté de participer à l'étude pouvaient avoir au préalable un intérêt ou une sensibilité pour le thème de ce questionnaire ou pour la forme de ce dernier. Ceci fut corroboré par les discussions avec les équipes ; certains n'ont pas souhaité répondre au questionnaire car ils ne savaient pas comment répondre/interpréter certaines questions, d'autres car ils pensaient que la forme du questionnaire ne pouvait refléter la complexité de leurs pratiques.

De plus, quelques membres de l'équipe ont exprimé des réticences en lien avec l'absence d'urne pour déposer les questionnaires, le caractère anonyme ne leur semblait pas respecté par le dispositif proposé de collecte des questionnaires. Cette remarque intéressante doit être prise en compte lors de futures études sur ce sujet.

. Des biais d'information

Ce questionnaire visait à être individuel. Cependant, les questionnaires ayant été remplis dans les unités, il nous est impossible de savoir avec certitude par qui ou de quelle manière (par une

ou plusieurs personnes) ceux-ci ont été remplis. Il s'agit d'un facteur de confusion quant aux données recueillies.

S'agissant d'un questionnaire d'auto-évaluation, nous tenons à préciser qu'il n'était pas question d'évaluer la bientraitance dans les pratiques mais bien la perception par les soignants de l'adéquation de leurs pratiques avec les valeurs de la bientraitance.

Soulignons un biais inhérent à toute auto-évaluation : la sincérité avec laquelle ont été remplis ces questionnaires. Ici, la question mérite d'être soulevée au vu de la forme de recueil des données mais aussi en lien avec le soutien apporté par le management à cette étude. Sans vouloir minimiser l'impact de ce soutien, les résultats montrent une perception loin d'être idéale tant des pratiques individuelles qu'institutionnelles et semblent rendre compte de la réalité perçue par les professionnels ayant participé à l'étude.

Chapitre 3 : Une description qualitative : entretiens individuels semi-dirigés

3.1 Matériel et méthodologie utilisés

3.1.1 Méthode de recrutement et de récupération des données

Le recrutement des professionnels eut lieu entre le 1^{er} avril et le 15 juillet 2016 dans les 3 unités d'hospitalisation à temps plein d'un service sectorisé de psychiatrie adulte.

Pour expliquer notre démarche, nous avons présenté lors de plusieurs réunions d'équipe, ainsi qu'avant de débiter chaque entretien, les objectifs et les modalités de l'entretien en soulignant les principes essentiels : le volontariat et l'anonymat du participant ainsi que les moyens de garantir ceux-ci. Ainsi, tout professionnel à qui était proposée la démarche pouvait refuser de participer. L'anonymat était garanti par l'absence de matériel d'enregistrement durant l'entretien et l'absence de référence au corps professionnel ou au nom du participant lors de la restitution des résultats.

Afin de recruter un nombre suffisant de participants, nous avons demandé individuellement à chaque membre de l'équipe qui était susceptible d'être disponible lors d'un de nos temps de présence dans l'unité s'il acceptait de participer à l'étude. Pour faciliter la visibilité de l'étude par les professionnels mais aussi l'organisation, un tableau de présence de l'intervenant a été distribué dans les unités. Malgré les aléas liés à la charge de travail dans tout service de soin, ce tableau permettait aux soignants de s'inscrire et de signifier leur intérêt pour l'étude et, nous

permettait ainsi d'organiser l'entretien par la suite. Après un recrutement assez difficile durant le premier mois avec en moyenne 1 à 2 entretiens par demi-journée, le recrutement a été progressivement facilité par de bons retours d'expérience des participants au reste de l'équipe. En effet, nous n'avons pas pu inclure toutes les personnes intéressées par l'étude du fait de limites organisationnelles et de temps.

3.1.2 Calcul de l'effectif nécessaire

L'effectif minimal fixé en amont du déroulement de l'étude avec le directeur de thèse visait une représentativité suffisante des points de vue des professionnels du service. Comme il n'existait pas d'étude antérieure et qu'il s'agissait d'une étude descriptive qualitative, un effectif faible semblait adapté. Toutefois, afin de favoriser une représentativité de toutes les catégories socio-professionnelles, augmenter la portée de l'étude et permettre une sensibilisation du plus grand nombre tout en tenant compte des moyens à notre disposition, nous avons décidé d'y inclure 25 professionnels.

Le recrutement avait pour but de représenter toutes les catégories socio-professionnelles ayant un contact régulier avec les personnes hospitalisées. Ainsi, les entretiens menés furent l'occasion de recueillir les points de vue de médecins psychiatres seniors et juniors, d'un médecin généraliste, d'infirmiers (ayant eu pour certains une formation spécifique en psychiatrie), d'aides-soignants, de cadres infirmiers, d'un ergothérapeute, d'un arthérapeute, d'assistantes sociales, d'un psychologue, d'un psychomotricien, d'un agent hospitalier.

3.1.3 Forme de l'entretien et thèmes abordés

Nous avons choisi de mener des entretiens individuels semi-dirigés comportant des questions ouvertes pour permettre aux professionnels d'utiliser les mots et expressions de leur choix pour répondre, ne pas leur imposer un cadre rigide de réponse et ainsi faciliter leur liberté de parole. Le choix des questions avait pour but d'aborder différents aspects de la bientraitance. Le champ choisi était volontairement large : de généralités concernant les représentations de la bientraitance à des spécificités de la psychiatrie pouvant influencer sur la place accordée à la bientraitance dans les prises en charge de personnes hospitalisées dans des services de secteur psychiatrique à temps plein. Ainsi nous avons cherché à connaître :

- 1 Les représentations autour des notions de bientraitance et de maltraitance chez les professionnels de santé rencontrés.

- 2 Les difficultés personnelles qu'ils ont pu rencontrer dans leur pratique professionnelle pour avoir ou maintenir une attitude respectant les valeurs de la bientraitance.
- 3 Leur perception du contexte des situations et les précisions qu'ils ont éventuellement souhaité apporter concernant celles-ci ou les patients concernés.
- 4 Les situations rencontrées dans leur pratique professionnelle où les notions éthiques de la bientraitance ne leur semblaient pas être respectées par un membre de l'équipe ou l'équipe dans son ensemble.
- 5 Les moyens et les lieux à leur disposition pour évoquer de telles situations ainsi que les obstacles éventuels pour faire part de leurs remarques et avis sur les situations de non-bientraitance rencontrées.
- 6 Leur perception des représentations associées à l'hôpital psychiatrique par la population générale et par leurs proches. Nous avons abordé à plusieurs reprises dans cette étude l'importance de la stigmatisation de la folie et les conséquences de celle-ci sur les personnes souffrant de troubles psychiques. L'enjeu de cette question était d'appréhender la façon dont cette stigmatisation de la folie est vécue par les professionnels de santé travaillant en psychiatrie et les conséquences éventuelles sur leurs pratiques.
- 7 Leur perception de la reconnaissance de leur travail par leurs pairs, les autres professionnels de santé, la direction et les usagers. Les interroger sur leur perception de la reconnaissance de certains aspects du travail, notamment du *care* et du savoir-être nous paraissait intéressant, d'autant que ces deux aspects des pratiques professionnelles sont peu valorisés par le système de santé actuel.
- 8 Leur perception des efforts accomplis et des mesures mises en place par le service ou l'établissement pour favoriser la bientraitance des usagers.
- 9 Leur motivation pour développer une démarche de promotion de la bientraitance au sein du service et au sein de l'hôpital et leur permettre d'élaborer des propositions dans ce sens.
- 10 Leur désir de s'impliquer dans une démarche commune de réflexion sur le thème de la bientraitance.

3.1.4 Durée de l'entretien

Les entretiens que nous avons menés étaient composés de 14 questions. La durée de chaque entretien était variable, elle était comprise entre 30 minutes et une heure. En effet, la longueur des réponses des soignants, les échanges éventuels autour des questions évoquées et les

précisions proposées suite à une reformulation ou à une explication de certains termes ont beaucoup différé.

Ceci peut s'expliquer par différentes raisons :

- Des questions organisationnelles : disponibilité du soignant (charge de travail dans l'unité, temps institutionnels à respecter), disponibilité des locaux pour les entretiens... En effet, comme dans de nombreux services hospitaliers, le nombre de bureaux médicaux est parfois limité. De plus, la participation des professionnels aux entretiens impliquait parfois une réorganisation des tâches au sein du service, ceux-ci ayant dû parfois être écourtés pour permettre le bon fonctionnement du service.
- La participation de chacun : les connaissances, la réflexion personnelle ou l'envie de développer les réponses aux questions étaient des facteurs pouvant impacter le contenu et la longueur des réponses.
- Le lien relationnel entre l'intervenant et le professionnel interviewé. Ayant passé un an et demi auprès des équipes de ce service, des affinités antérieures à l'étude ont pu jouer sur la longueur et la teneur des entretiens. Ce lien pouvait faciliter dans certains cas l'échange et le processus d'élaboration mais aussi être à l'origine de résistances...

3.1.5 Un questionnaire à la trame prédéfinie

Le questionnaire fut élaboré avec l'aide du directeur de thèse puis validé par le management du service. Cette procédure de validation avait pour but de cibler les questions, de tenter de cerner les différentes problématiques autour de la bientraitance dans le service et de vérifier que les questions étaient posées de manière à ne pas mettre en difficulté les professionnels. Le questionnaire est disponible en annexe 3 de cette thèse.

3.1.5.1 Le nombre de questions

Nous nous étions interrogés sur le nombre de questions à inclure dans le questionnaire. En effet, si ce dernier ne contenait pas suffisamment de questions, nous ne pouvions pas aborder tous les points que nous souhaitions évaluer et l'étude risquait de manquer d'envergure. Un trop grand nombre de questions, et en conséquence un entretien susceptible de trainer en longueur, aurait probablement limité le nombre de volontaires que ce soit par un manque de disponibilité ou d'envie d'y consacrer autant de temps.

3.1.5.2 Les termes utilisés dans les questions

Nous avons choisi volontairement des termes simples, non médicaux afin de permettre à tous les professionnels de répondre aux mêmes questions sans se sentir en difficulté par rapport à la compréhension de l'énoncé.

3.1.5.3 La forme des questions

Nous avons réfléchi à la formulation des questions pour que celles-ci permettent aux professionnels rencontrés de se sentir aussi libres que possible dans leurs réponses tout en guidant ceux-ci dans leur réflexion. La majorité des questions étaient donc des questions ouvertes permettant à la personne interviewée de s'approprier les questions de la manière dont elle le souhaitait.

Lorsque les réponses du professionnel étaient succinctes, nous reformulions la question ou lui demandions des précisions pour l'aider à élaborer sa pensée : pas d'insistance de notre part s'il ne souhaitait pas s'étendre même si nous cherchions dans ce cas à comprendre ses motivations.

3.1.5.4 Une durée d'entretien non limitée

Pour des raisons pratiques (temps limité) et pour des raisons de reproductibilité, nous nous sommes interrogés sur l'intérêt de limiter ou non la durée de chaque entretien.

À la mesure de l'envie de certains professionnels de s'exprimer sur le sujet mais aussi d'échanger autour de leurs interrogations soulevées par les thématiques abordées, limiter le temps des entretiens aurait été un obstacle à l'instauration d'un réel échange et un frein à la liberté d'expression. Les volontaires offrant de leur temps pour participer à cette étude, il nous semblait raisonnable et souhaitable de nous adapter à la durée et au type d'échange qui leur convenait le mieux. Ainsi, au-delà des questions posées, les entretiens étaient l'occasion pour les professionnels interviewés de faire part de leurs réflexions personnelles, de leurs inquiétudes ou encore de leurs interrogations concernant l'étude ou certains aspects de la bientraitance dans le service ou l'établissement.

3.1.6 Place de l'intervenant

Tous les entretiens ont été menés par la même personne afin de limiter des biais liés à l'intervieweur ainsi qu'en raison d'aspects organisationnels. Le but clairement énoncé aux personnes participant à l'étude était un recueil de leur point de vue sur les thèmes évoqués. Il

ne s'agissait pas d'une évaluation de leurs connaissances ni d'une évaluation de leurs pratiques. Aucun jugement moral ou sanction ne découlerait de ces entretiens.

Nous avons pour objectif d'avoir une position de neutralité bienveillante. Nous avons œuvré à cette fin pour créer un climat de compréhension favorisant l'auto-exploration par le professionnel de ses expériences et de ses ressentis avec vérification et confrontation entre elles. De plus, la position de l'intervenant était celle d'une écoute attentive et compréhensive pour permettre une parole libre.

Cependant nous sommes conscients que des biais à ce sujet ont probablement existé lors de cette étude. Ces biais peuvent s'expliquer par la subjectivité de chacun et est en lien avec la nature intrinsèque de l'entretien qui constitue avant tout une rencontre avec un Autre que soi.

D'autre part, les entretiens ont eu lieu durant les jours de semaine entre 9h00 et 17h00. De ce fait, nous n'avons pas pu rencontrer des membres de l'équipe de nuit.

3.2 Résultats des entretiens

3.2.1 Connaissance de la *bienveillance*, représentations associées à la *bienveillance* ainsi qu'à la *maltraitance* par les professionnels

Avant cette étude, la plupart des professionnels n'avaient jamais entendu parler de la *bienveillance* ; seule une minorité (n = 5) d'entre eux avait déjà entendu ce terme. Notons que parmi ceux-ci, certains n'étaient pas sûrs s'ils avaient entendu ce terme ou un autre. De nombreuses personnes ont spontanément évoqué la *bienveillance*, notion souvent employée lors des formations médicales et paramédicales et se sont interrogées sur une éventuelle similarité entre les deux termes. Tous ont en revanche souligné (en réponse à cette question) avoir déjà entendu parler de *maltraitance* que ce soit en formation ou dans les médias.

Les frontières entre ces termes aux définitions pourtant distinctes semblent floues dans l'esprit des professionnels. *Bienveillance*, *bienveillance*, *bienfaisance* et *maltraitance* semblent donc autant de termes aux significations pourtant différentes que les soignants mettent sur le même plan sans pouvoir facilement en distinguer les limites. Sylvain Connangle, directeur du réseau des EPHAD, a souligné les difficultés pour les équipes à expliciter des notions éthiques dont elles ne connaissent souvent pas la définition et la portée.

« Or les équipes sont peu rôdées à ce genre d'exercice de définition, créant de fait un hiatus dans l'exploitation qui pourrait être mise en place l'évaluation. »

(Connangle, 2011)

La *bienveillance*, par son inscription dans un contexte historique, politique et culturel, appelle à des notions propres à chacun :

« Sur un objet social porteur de forts affects tel que la *bienveillance* à forte signification symbolique, historique, sociale, culturelle, nous mesurons combien ce terme fait référence aux racines anciennes du passé, dans la réactivation d'une mémoire collective des savoirs populaires, informels et mémoriels. Le bien versus le mal offre une ambiguïté dans la lecture et la compréhension de la notion. Chaque sujet peut puiser dans le creuset de la mémoire sociale sa propre définition. »

(Péoc'h, 2011)

Cependant, suite aux entretiens, nous avons relevé des mots utilisés fréquemment dans les discours des soignants pour définir la *bienveillance*. Ces mots, dont le sens est associé à des concepts éthiques nécessaires au bon soin, rendent compte de l'existence dans les unités de psychiatrie évaluées d'un socle éthique commun. Ce socle est basé sur les notions suivantes :

- La notion d'*écoute*
La nécessité d'écouter de manière attentive et adaptée les personnes hospitalisées et de répondre à leurs demandes dans la mesure du possible (en fonction des moyens disponibles et du sens de ces dernières dans les soins) est une notion présente dans toutes les réponses.
- La notion de *respect*
Respecter l'Autre semble une préoccupation importante pour les membres de l'équipe. Ainsi, ont été évoquées les notions de respect de la dignité, de l'intimité, notamment lors de soins d'hygiène, mais aussi de respect de l'histoire, de la culture et des croyances en étant vigilants sur le caractère individuel de ces éléments.
- La notion de *bienveillance* et de *bienfaisance*
Le fait d'être motivé par le bien de la personne hospitalisée tant sur le plan psychique que physique a été verbalisé par de nombreux soignants. La volonté de *bien* faire sur le plan des pratiques et de *bien* accompagner les usagers sur le plan relationnel a été décrite par une grande majorité des professionnels.

La *bienveillance*, concept plus complexe, et intégrant des notions éthiques peu ou pas citées par le personnel n'a pas encore été intégrée dans la majorité des formations initiales dispensées aux professionnels du soin.

Ainsi, parmi les jeunes diplômés rencontrés, un seul d'entre eux avait entendu parler de la *bienveillance* au cours de ses études. Notons que l'institut de formation aux soins infirmiers (IFSI) où il fit ses études est rattaché à un centre hospitalier régional spécialisé en gériatrie. Les

jeunes infirmiers travaillant depuis peu dans le service ont évoqué l'éthique du *care* lorsque nous les avons questionnés sur un éventuel enseignement éthique durant leurs études. Or comme décrit précédemment, l'éthique du *care* a de nombreuses similitudes avec la bientraitance.

La *maltraitance* est définie par une large majorité de professionnels comme l'opposé point par point aux notions évoquées pour définir la bientraitance.

Lorsque nous leur avons demandé de développer les idées qui les traversaient à l'évocation de la *maltraitance*, environ la moitié des professionnels a évoqué la distinction nécessaire entre maltraitance volontaire et involontaire. Ainsi, pour l'autre moitié des professionnels, n'ayant pas abordé ce point durant l'entretien malgré la proposition d'élaborer sur les formes de maltraitance existantes, cette distinction importante semble non perçue, non connue ou connue mais inaccessible car inconsciente.

Cette question, en aidant les professionnels à réfléchir à la définition de la *maltraitance*, a été l'occasion pour une partie de l'équipe de percevoir la diversité des formes que peut prendre la maltraitance. Sont citées : la maltraitance sous forme d'agression physique, sous forme d'agression verbale (propos ou ton inappropriés en s'adressant au patient), le non-respect de l'intimité (entrer dans une chambre sans frapper), le non-respect de l'autre en tant que sujet (ne pas tenir compte de son histoire, ses préférences, ses besoins...).

Nous avons noté que le terme *usager*, conseillé et employé par les autorités sanitaires pour désigner la personne hospitalisée ou le patient, n'est employé par aucun des professionnels rencontrés.

3.2.2 Une compréhension difficile de la démarche personnelle impliquée par le concept de bientraitance

La grande majorité des personnes ayant participé à l'étude ne connaissaient pas le concept de bientraitance. Par conséquent, malgré la lecture de la définition de l'ANESM, déterminer la manière dont la bientraitance s'inscrit dans leurs pratiques professionnelles n'a pas été un exercice facile pour elles.

Elles sont nombreuses à avoir repris les éléments de définition qu'elles avaient cités précédemment pour évoquer leurs efforts pour respecter le patient au quotidien. Voici quelques exemples qui nous ont été rapportés : respect de la parole, des besoins, de l'intimité, de l'histoire ou encore des croyances. Les mesures concrètes mises en œuvre dans le cadre du respect de l'Autre pouvaient être : frapper à la porte de la chambre et attendre une réponse avant d'entrer,

respecter le refus d'un patient des soins d'hygiène proposés par un professionnel du sexe opposé ou encore garder une distance psychique et physique adéquate dans les soins. Les professionnels ont également évoqué les mesures pour respecter les croyances des patients : la commande de repas adaptés et l'organisation d'une alternative en cas d'indisponibilité de ce dernier (repas végétarien, poisson remplaçant la viande, etc.), la possibilité de se rendre à la messe au sein de l'hôpital ou de rencontrer un représentant du culte (chrétien, musulman ou juif). Enfin, le respect de l'histoire et de la culture impliquait pour de nombreux soignants de laisser au patient l'initiative de ce qu'il souhaitait partager avec eux (éléments biographiques, culturels...).

La notion d'écoute active et bienveillante était aussi très présente dans les discours. La disponibilité et la qualité de l'écoute sont deux conditions essentielles pour permettre une vraie rencontre de l'autre. Ces moments sont l'occasion de répondre aux attentes ou angoisses des patients et de les rassurer en leur donnant des explications sur les soins effectués, sur le fonctionnement du service ou encore sur les troubles psychiques. Ces moments de soin facilitent l'instauration d'une alliance thérapeutique solide. L'importance de l'informel est ainsi soulignée.

3.2.3 Perception des situations cliniques susceptibles de contrarier la mise en place d'une démarche bientraitante

A l'occasion de nombreux entretiens, nous avons noté un moment de latence entre la formulation de la question et la réponse. Cette question a donc souvent paru nécessiter une réflexion chez les personnes interviewées. Un de nos objectifs étant d'aider les soignants à s'interroger sur leurs pratiques et sur la place qu'ils accordaient à la bientraitance au sein de celles-ci : ces temps de réflexion puis d'élaboration nous sont apparus comme une note positive. La plupart des professionnels (n = 22), toutes professions confondues, ont répondu avoir déjà été en difficulté sur leur lieu de travail pour conserver une attitude ou un comportement bientraitant. Parmi ceux ayant répondu par la négative à la question, certains venaient de débiter leur travail dans l'unité (moins de 6 mois) et ne pensaient pas avoir encore été confrontés à ce type de difficulté. Un des professionnels était sûr d'avoir toujours eu une attitude bientraitante et tenait un discours qui ne laissait aucune place dans son travail pour un éventuel questionnement éthique autour de ses pratiques.

Ainsi, les entretiens ont clairement mis en évidence que la majorité des professionnels de santé en psychiatrie étaient soucieux de bien faire et visaient le bien-être des patients qu'ils prenaient en charge. De plus, après un temps de réflexion, la plupart d'entre eux étaient parvenus à

identifier certaines situations à risque de non-bienveillance et dans lesquelles ils avaient des difficultés à avoir ou maintenir une attitude ou un comportement adaptés.

3.2.4 Un contre-transfert peu ou pas élaboré

Les deux questions suivantes (n°5 et n°6) avaient pour objectif de permettre aux professionnels de santé de s'interroger sur l'existence ou non de « types » de patients ou de troubles psychiques induisant chez eux ou chez les autres membres de l'équipe des contre-attitudes ou des émotions difficiles à gérer. Les questions introduisaient l'idée que chacun, personnellement ou en tant que membre d'une équipe soignante, pouvait avoir des ressentis et des vécus douloureux face à certains patients ou situations.

A travers ces entretiens, il nous est apparu, d'une part, que la majorité des soignants n'avaient accès que partiellement voire pas du tout aux émotions positives comme négatives que certaines situations professionnelles quotidiennes généraient en eux et, d'autre part, que lorsque ce vécu était présent et verbalisé, ils n'avaient pas toujours d'outils pour comprendre les mécanismes sous-jacents que ce soit au niveau de la relation duelle qu'ils entretenaient individuellement avec les patients ou au niveau institutionnel avec les mouvements psychiques de groupe.

Cependant, certains soignants pouvaient évoquer leur colère ou leur frustration dans la prise en charge de certains « types » de patients. Les troubles cités sont, dans l'ordre : les troubles de la personnalité psychopathe, les troubles addictifs, les traits de personnalité histrionique et enfin les troubles de la personnalité borderline. C'est le fonctionnement psychique de ces patients qui semble être en cause pour les soignants. Ainsi, aux yeux de certains professionnels, ces patients mettent en échec les soins. D'autres estiment que le cadre proposé pour les soins n'est pas adapté aux symptômes et aux comportements de ces patients et que, par conséquent, ces derniers ne devraient pas être accueillis dans ce type de structure.

Lorsqu'ils étaient interrogés sur la possibilité de généraliser leur perception des difficultés qu'ils rencontrent face à un certain « type » de pathologie à des perceptions communes partagées par l'ensemble de l'équipe, les réponses étaient variables. Environ la moitié des soignants avait l'impression que tous les membres de l'équipe étaient en difficulté avec un même « type » de patients, l'autre moitié notait des différences dans les perceptions interindividuelles.

Les situations aiguës, dans lesquelles la peur de violence est davantage présente, étaient également citées par les professionnels comme étant des situations à risque de non-bienveillance. Ce risque se situe à la fois au niveau individuel et groupal. Toutefois, aucun

d'entre eux ne se souvenait de situation clinique spécifique où il avait dû se questionner sur le respect des notions de bientraitance.

Il s'agissait à travers ces questions d'aborder le concept du contre-transfert et d'aider les soignants à élaborer leurs mouvements contre-transférentiels à l'égard des patients. Nous avons défini le contre-transfert dans le chapitre concernant la définition de la bientraitance et évoqué son importance dans la compréhension des mécanismes individuels ou de groupe pouvant conduire à la non-bientraitance. Cette notion psychanalytique est essentielle dans la pratique de la thérapie institutionnelle. Or ces questions nous ont montré que la plupart des professionnels (hors médecins et psychologues) travaillant en psychiatrie n'ont pas connaissance du concept de contre-transfert, de son rôle dans les soins ou encore des principes de la thérapie institutionnelle ayant fondé la psychiatrie de secteur à sa création.

Ce manque de connaissance des théories psychanalytiques permettant de mieux appréhender les enjeux relationnels avec les patients, l'organisation des soins mais aussi ses propres ressentis nous est apparu comme un frein à la recherche de solutions à des situations cliniques complexes et engendrant par conséquent un risque majoré de non-bientraitance.

3.2.5 La non-bientraitance et la maltraitance, quelques exemples cités par les soignants

Les situations cliniques ne s'inscrivant pas dans une démarche bientraitante qui nous ont le plus fréquemment été rapportées concernaient des manquements au respect de la dignité. Les professionnels citaient des comportements qui leur paraissaient non thérapeutiques et inadaptés tels des cris, l'usage du tutoiement sans l'accord préalable du patient ou encore, de manière moins fréquente, la menace verbale de la part de certains membres du personnel envers les usagers. De nombreux professionnels ayant évoqué ces faits soulignaient leur caractère non exceptionnel et regrettable. Dans l'une des unités, ce non-respect des personnes hospitalisées a été évoqué à de nombreuses reprises ; certains professionnels ont fait part de leur ressenti douloureux face à ces pratiques et de la difficulté pour changer des pratiques qui leur semblaient ancrées dans le fonctionnement du service.

Quelques situations de violence physique nous ont été confiées. Des violences, non justifiées par le contexte d'après les professionnels interrogés, ont été décrites lors de mises en chambre d'isolement ou d'interventions des équipes de renfort dans des situations d'agitation aiguë d'un patient. La violence évoquée serait le fait de quelques individus minoritaires dans l'institution selon eux. Les soignants parlaient alors d'un usage, parfois facile, de l'agressivité et de la violence par certains mais soulignaient le caractère exceptionnel de ces situations d'abus de

violence. Ils tenaient aussi à préciser que la majorité des personnels intervenant dans ces moments de tension souhaitaient éviter les débordements de violence.

Une situation de violence particulière nous a été rapportée dans une unité par plusieurs membres de l'équipe. Dans cette situation, il existait une présomption de violences physiques (bousculades, contention physique inadaptée, mise en chambre personnelle fermée à clé) à l'égard d'une patiente hospitalisée présentant des symptômes très déficitaires et nécessitant un étayage constant. Nous avons décidé de ne pas détailler davantage cette situation pour maintenir l'anonymat de tous.

Ainsi, la maltraitance ordinaire semble exister de manière plus ou moins visible dans le service. Cependant, du point de vue des professionnels interrogés, elle n'est pas omniprésente et ne s'inscrit pas dans l'organisation des soins au quotidien. Elle relèverait de comportements et d'actions d'un nombre restreint de professionnels et interviendrait plus facilement dans des situations à risque (situations aiguës, prise en charge de patients très déficitaires ou présentant certains troubles psychiques).

3.2.6 La non-bienveillance et la maltraitance, des sujets parfois difficiles à aborder en équipe ou avec ses supérieurs

Cette question (n°8) avait deux objectifs : dans un premier temps, aider le personnel à identifier les éventuelles personnes ressources sur lesquelles ils s'appuyaient lorsqu'ils étaient face à des situations cliniques les confrontant un questionnaire éthique ; dans un deuxième temps, aborder les raisons pouvant constituer un frein à une discussion sur les thèmes de la bienveillance et de la maltraitance dans le service.

De nombreux soignants nous ont confié s'être senti mal à l'aise pour aborder des situations de non-bienveillance dont ils avaient été témoins.

Environ la moitié des professionnels rencontrés nous ont clairement exprimé leur réticence à parler au management. Les raisons évoquées étaient multiples :

- la méfiance par rapport à la position de l'encadrement avec la crainte de répercussions ou sanctions importantes pour le collègue concerné,
- la peur de ne pas avoir bien interprété la situation et de s'être trompé,
- un processus d'identification avec le collègue qui, face à une situation difficile, n'a pu garder une position bienveillante,
- l'usure avec l'impression qu'en parler au management n'aurait pas de sens car ne serait pas suivi de faits sur le terrain.

- la crainte pour certains, en particulier les personnes exerçant des métiers n'impliquant pas une présence constante auprès des personnes hospitalisées (médecin, psychologue, assistantes sociale, psychomotricien, arthérapeute), qu'une méfiance envers eux n'apparaisse. Ils s'inquiétaient aussi de ne plus pouvoir travailler par la suite en toute confiance avec l'équipe paramédicale et qu'un manque de communication ne s'installe entre l'équipe et eux, ce qui constituerait un obstacle à la bonne prise en charge des patients.

Concernant les difficultés pour aborder le sujet d'une possible situation de non-bienveillance avec le soignant concerné, la principale crainte, et raison de renoncement, citée par les professionnels n'étant pas en contact permanent avec les patients était d'être disqualifié par ce soignant au titre que le professionnel-témoin ne passait pas autant de temps avec les patients et qu'il ne pouvait donc pas comprendre leur vécu et leurs comportements. Les deux raisons suivantes étaient des difficultés communes à tous les corps professionnels et rejoignaient les motifs évoqués comme obstacle à la discussion avec le management : impression que la conversation avec l'intéressé serait inutile et crainte qu'une mauvaise ambiance, potentiellement néfaste aux soins, ne s'installe.

L'autre moitié des soignants, n'ayant pas selon eux de souci pour évoquer les situations de non-bienveillance, nous ont expliqué reprendre les événements à distance avec le professionnel concerné et ne solliciter le management qu'en cas d'actes ou de comportements jugés comme graves ou en cas de répétitions de ceux-ci.

Pour une grande majorité des soignants, il reste malgré tout possible de parler des situations comportant un questionnement éthique avec certains de leurs collègues. Ainsi, chacun semblait avoir trouvé dans le service ou dans l'hôpital une ou plusieurs personnes ressources choisies pour leurs affinités personnelles et le partage de la même conception et des mêmes valeurs du soin.

L'omerta décrite par certains articles, au regard très critique sur l'hospitalisation en psychiatrie, semble ne pas être une réalité dans les unités où nous avons mené notre étude. Cependant, des efforts pour libérer la parole et faciliter l'expression de celle-ci sans crainte de jugements moraux ou de sanctions doivent être menés.

3.2.7 Perception par les professionnels des représentations par le grand public et par leurs proches du secteur psychiatrique

Les deux questions suivantes (n°9 et n°10) avaient plusieurs objectifs :

- connaître la manière dont les professionnels appréhendaient les représentations collectives de la maladie mentale et leurs éventuels impacts sur leur travail ou les soins,
- les interroger sur un éventuel écart entre ces représentations et la réalité de leur quotidien,
- leur permettre de s'interroger sur l'impact éventuel de cette image ancrée dans l'inconscient collectif sur leurs pratiques.

D'après presque toutes les personnes rencontrées, les troubles psychiques, et en particulier l'hôpital psychiatrique, évoqueraient pour la population française des représentations très négatives. Leur discours soulignait l'ampleur et le fort ancrage dans l'histoire et la culture occidentale de la stigmatisation de la maladie mentale et de l'hôpital psychiatrique.

Parmi les images citées, nous avons sélectionnées celles revenant avec la plus grande fréquence. Ainsi, l'hôpital psychiatrique apparaîtrait toujours comme un lieu d'enfermement (probable héritage de l'enfermement judiciaire puis médical à l'asile psychiatrique des « fous »). Le pouvoir médical y serait toujours tout puissant et irrévocable ; les droits des personnes ne seraient pas respectés et les personnes hospitalisées seraient soit sédatisées par les traitements et désemparées soit agitées et potentiellement violentes.

De nombreux soignants ont souligné le rôle des médias mais aussi des politiques dans la persistance de représentations erronées de la psychiatrie. Certains ont évoqué la manière dont les faits divers étaient traités avec un usage souvent abusif et inadapté de termes psychiatriques pour désigner les agresseurs. D'autres ont parlé de la récupération par une partie des hommes politiques de ces faits divers pour leurs propres intérêts en maintenant un climat de peur et en mettant en cause les personnes souffrant de troubles psychiques ou les professionnels de santé les prenant en charge. En désignant ainsi un groupe d'individus, médias et représentants politiques entretiendraient la stigmatisation.

Selon les professionnels interviewés, ces représentations seraient présentes chez leurs proches mais de manière moindre. En effet, le fait qu'ils évoquaient leur travail et leur cadre de travail avec leur entourage aurait permis de chasser une partie des idées et des images négatives que celui-ci avait à l'égard de la psychiatrie. De plus, leur entourage aurait par conséquent des représentations plus proches de la réalité que le grand public.

Les soignants insisteraient particulièrement auprès de leurs proches sur la souffrance des personnes dont ils prennent soin et sur la nécessité de les percevoir en tant que sujets à part entière et non en tant que « malades ». De plus, ils nous ont confié avoir souvent précisé à leur entourage, pour faire évoluer leur vision de la santé mentale, que la maladie psychique pouvait toucher n'importe qui et que les personnes hospitalisées n'avaient commis aucune faute.

En les questionnant sur les différences possibles entre les représentations de la maladie mentale de la société et la réalité, de nombreux soignants ont esquissé un sourire. Tous les professionnels ont mis en avant un écart très important entre leur vécu dans le service, leurs ressentis face aux troubles psychiques et l'imaginaire collectif.

Au cours de l'entretien, certains soignants ont spontanément expliqué leurs appréhensions avant de venir travailler en psychiatrie : peur de la violence attribuée aux personnes souffrant de troubles psychiques, peur de la maladie elle-même ne sachant pas à quoi s'attendre ni à comment ils allaient réagir face à celle-ci, représentations des unités psychiatriques telles que présentées dans les médias ou les films : de manière assez surprenante, le film *Vol au-dessus d'un nid de coucou* de Milos Forman, plus de 30 ans après sa sortie, a été cité par plus de la moitié des interviewés.

Cependant, aux yeux des soignants, cette stigmatisation n'impacte pas la manière dont ils abordent leur travail ou les soins. Le sentiment de peur et d'appréhension face à une violence potentielle serait indépendante de cet imaginaire et en lien avec des situations cliniques difficiles et à risque de violence. Au vu de l'existence d'une violence dans les unités (la psychiatrie étant la spécialité médicale qui serait le plus touchée par la violence), il nous semble impossible de faire la part entre peur liée avec la réalité du terrain et la part potentiellement liée à des représentations psychiques inconscientes de la maladie psychique.

3.2.8 Impression globale d'une bonne reconnaissance de leur travail

Cette question (n°11) visait à :

- connaître la façon dont les professionnels de santé interrogés percevaient la reconnaissance de leur travail par leurs pairs, leur hiérarchie, les usagers et la population générale,
- aider les soignants à définir quelle place avait la reconnaissance de leur travail par leurs pairs et le management dans leur évaluation de la qualité du cadre de travail,
- permettre aux soignants d'élaborer autour des retours des personnes hospitalisées concernant leur vécu et les pratiques professionnelles dans le service.

Ainsi, la grande majorité des soignants se disaient satisfaits de la reconnaissance de leur travail par leurs pairs ou la hiérarchie. Ils faisaient souvent un rapprochement entre reconnaissance de leur travail par la hiérarchie et note obtenue à leur évaluation annuelle. Ils notaient aussi que l'ambiance du service était plutôt bonne et bienveillante et que le cadre de travail était plutôt agréable. De nombreux professionnels ont souligné le plaisir qu'ils avaient à se rendre au travail.

« On ne mesure pas assez aujourd'hui à quel point le vécu de participation à l'aventure transférentielle, en même temps qu'elle demande de sa part une extrême générosité, peut apporter au soignant en psychiatrie des satisfactions intellectuelles et affectives considérables qui confortent alors son engagement dans ce métier singulier. (Il s'agit là à mes yeux de l'extension de ce que je propose de nommer la « fonction Balint ».) Ces effets spécifiques sur le développement de la position subjectale de chaque soignant sont évidemment facilités par une telle approche, mais à la condition que leur participation soit encouragée par les responsables hiérarchiques « officiels ». »

(Delion, 2014)

Certains ont cependant regretté que le management, tout en reconnaissant la qualité de leur travail, ne les soutienne pas davantage pour créer ou maintenir des activités thérapeutiques pour les personnes hospitalisées.

Quant aux réflexions des patients sur leur vécu des soins et à la reconnaissance par ces derniers de leur travail, la majorité des professionnels nous ont indiqué avoir eu des retours positifs.

Les personnels ayant le plus souligné ces retours étaient les aides-soignants puis les infirmiers. En élaborant autour de ce sujet, les soignants ont exprimé l'importance de ces échanges et nous ont signalé que de nombreuses personnes ayant été hospitalisées sous contrainte ou ayant vécu une période en chambre d'isolement avaient, à distance, un discours positif sur l'hospitalisation ou les soins apportés. Les sentiments les plus souvent rapportés aux professionnels par les patients seraient l'admiration et la gratitude pour leur travail.

« Car nous ne faisons bien notre travail seulement si, en plus de la gratification financière convenue pour notre prestation, nous en recevons une rétribution symbolique, une marque de reconnaissance et pas seulement de la part de nos patients mais aussi de la part de nos collègues qui nous signifient ainsi qu'ils prennent acte de ce que nous avons mis de nous-même dans notre travail, et y compris la part de souffrance et de subjectivité, et parfois, d'invisibilité, comme le formule C. Dejours. »

(Vander Borgh, 2003)

3.2.9 Perception par le personnel des mesures prises par le service ou l'établissement pour promouvoir la bientraitance des usagers

Environ la moitié des professionnels interviewés ont répondu dans un premier temps qu'il n'existait pas de mesures prises par le service ou l'établissement puis certains ont précisé qu'ils n'en connaissaient pas mais qu'il était possible que des initiatives aient été prises dans ce sens. Devant ces réponses souvent courtes, nous avons décidé d'aider les professionnels à compléter leurs réponses en évoquant des mesures mises en œuvre par le service et/ou par l'établissement qui nous paraissent correspondre à une démarche vers la bientraitance.

Ainsi, la majorité des professionnels de santé travaillant dans le service n'associaient pas les évolutions dans l'organisation des soins au sein de l'établissement avec une démarche de promotion de la bientraitance des usagers. Nous avons constaté que les mesures prises pour mieux respecter les droits des usagers et pour favoriser leur participation aux décisions telles que la création et la distribution systématique d'un livret d'accueil, le recours possible à un avocat ou la création d'un comité éthique et du CRUQPC n'étaient pas toujours perçues par les personnes interrogées et que, par conséquent, elles n'étaient pas inscrites à leurs yeux comme une démarche éthique menée par l'établissement.

A cette occasion, nous avons noté que la méfiance face à des évolutions rapides parfois mal connues et mal comprises ainsi que l'augmentation de la lourdeur administrative prédominaient dans le discours des professionnels. Les bénéfices et améliorations apportées par ces mesures pour la personne hospitalisée avaient une place moindre. Les aspects éthiques du soin disparaissaient devant des contraintes jugées par certains trop lourdes et incompatibles avec un travail de qualité sur le plan relationnel avec les patients.

De plus, certains soignants, notamment ceux participant à des instances consultatives de l'hôpital ont souligné l'importance de donner du sens à ces mesures et de ne pas les appliquer uniquement pour respecter la loi ou les exigences des autorités sanitaires évaluant l'établissement. Voici des exemples cités : livret d'accueil avec preuve de remise par le médecin donné de manière automatique sans prendre le temps d'expliquer certains points ; un comité éthique dont ni l'organisation, ni les missions ne sont réellement connues par les équipes ; un protocole de surveillance des chambres d'isolement parfois inadapté aux disponibilités des équipes (effectif limité de soignants) ou aux locaux (chambre d'isolement éloignée de la salle de soin...).

3.2.10 Propositions des professionnels afin d'améliorer la démarche vers la bientraitance

Les soignants ont paru souvent désarçonnés par cette dernière question (n°14). Certains nous ont dit ne pas s'être interrogé sur la question et avoir besoin de temps pour réfléchir, d'autres ont mis en avant que sans moyens financiers supplémentaires, toute proposition était inutile. Nous avons donc précisé l'intitulé de la question en leur donnant la consigne de laisser libre cours à leur pensée et de ne pas se préoccuper des coûts des mesures qu'ils proposaient. Le but était d'insuffler dans cette démarche de la créativité en s'appuyant sur la vision personnelle de la bientraitance et du soin de chacun.

Les principales propositions des professionnels sont listées ci-après.

3.2.10.1 Le nombre de soignants par unité

Le nombre de lits mais aussi le nombre de soignants par unité a fortement baissé en psychiatrie. La majorité des professionnels, qu'ils soient médecin, psychologue ou personnel paramédical, ont cité le manque de personnel comme frein à la promotion de la bientraitance. Ainsi, les propositions entendues concernaient :

- Le respect d'un nombre minimum de soignants par unité non seulement pour des raisons de sécurité mais aussi pour permettre des soins de bonne qualité et adaptés aux besoins des usagers. Adapter le nombre de soignants en tenant compte du temps de travail consacré aux tâches administratives et si possible mieux organiser ces tâches pour réduire leur impact sur le temps disponible pour être en relation avec les patients.
- La valorisation du savoir et de l'expérience acquis dans un service, le but étant d'encourager les professionnels à rester dans un même service afin de construire une histoire et des valeurs communes. Ces bases solides permettraient une plus grande solidarité entre professionnels et apporteraient davantage de stabilité dans l'unité. Les retombées positives notamment en termes de bientraitance et de qualité de vie au travail seraient rapides.
- Le recours à du personnel extérieur en cas de manque de personnel au sein de l'unité. Ainsi, certains ont évoqué la nécessité de limiter dans la mesure du possible l'emploi d'intérimaires (ne connaissant parfois ni l'unité ni l'hôpital) et favoriser l'embauche de vacataires (travaillant dans l'idéal dans un pôle défini et restreint) pour permettre une meilleure continuité des soins.

3.2.10.2 Le respect de l'autonomie et la liberté de circuler des patients

Afin de respecter la liberté de circuler des patients au sein même du service, certains membres de l'équipe ont mis en avant la nécessité de faire évoluer tant l'organisation des soins que la gestion de l'entretien des espaces de vie des services (lieux communs tels que la salle à manger ou la salle de télévision et les lieux individuels tels que les chambres). En effet, les chambres individuelles ne sont pas accessibles durant une partie de la journée (dans certaines unités, les restrictions d'accès sont de plusieurs heures par jour). Ces mesures de restriction d'accès aux chambres sont souvent liées à des raisons organisationnelles – ménage des chambres le matin ou encore chambres à l'étage ne permettant pas une surveillance suffisante au vu de l'effectif restreint du personnel – et non à des raisons thérapeutiques. Ces mesures, au-delà d'une atteinte aux droits de la personne soignée, peuvent mettre en difficulté des patients en souffrance et ayant besoin de s'isoler dans un lieu leur assurant une certaine contenance psychique (chambre individuelle), la contenance de l'unité fermée n'étant parfois pas suffisante lors de certains états aigus d'angoisse ou d'agitation.

Cependant, il est important de souligner que limiter l'accès à leur chambre aux patients peut avoir un intérêt thérapeutique en luttant contre la clinophilie, l'athymhormie, l'isolement et en facilitant les interactions entre personnes hospitalisées et soignants. N'oublions pas que la thérapie institutionnelle est fondée sur la richesse et la diversité des relations interpersonnelles.

3.2.10.3 L'amélioration des locaux :

De nombreux soignants, en majorité aides-soignants et infirmiers, ont souligné la nécessité d'une mise aux normes des infrastructures du service. Malgré les rénovations des locaux entreprises ces dernières années, les bâtiments restent vétustes et n'apportent pas le confort minimal requis, selon les soignants, pour accueillir de manière « décente » les personnes hospitalisées. Une des chambres n'a pas de point d'eau (absence de douche et de toilettes) ; d'autres sont mal chauffées ou trop chauffées du fait d'un système de chauffage obsolète qui ne garantit pas une température confortable.

Améliorer les moyens existants sur le plan de l'hygiène en mettant en place au moins un deuxième WC dans les lieux communs est un autre point évoqué par le personnel. En effet, à l'heure actuelle, dans une des unités, il existe un seul WC public pour les 22 à 25 personnes hospitalisées, leurs proches... Ce WC est le seul accessible dans les moments où les chambres individuelles sont fermées pour permettre leur nettoyage ou pour des raisons organisationnelles

(manque de surveillance disponible). Ceci ne semble pas adapté à une qualité d'accueil satisfaisante des patients ou de leurs proches.

Etablir une diversité dans les menus et proposer un choix aux patients. Actuellement, dans l'établissement, les repas ne sont pas choisis par les patients. Ainsi, les préférences gustatives ou liés à des pratiques individuelles sont difficiles à prendre en compte par les équipes. Cependant, les impératifs religieux sont respectés dans la mesure du possible.

Une des unités a instauré une collation/tisane vers 21h30, celle-ci étant conditionnée par l'état du service : entrées prévues, tensions dans l'unité... En effet, cette pratique permet de réduire le temps de jeûne et de répondre à un des besoins élémentaires des personnes prises en charge : éviter la faim mais aussi éviter un stockage de nourriture dans les chambres dans des conditions d'hygiène peu appropriées et donc propices aux intoxications alimentaires. De plus, elle permettrait de lutter contre le grignotage pouvant avoir des effets délétères sur la santé somatique des patients en induisant une prise de poids et majorant le risque de syndrome métabolique. Il serait donc nécessaire de généraliser cette pratique à l'ensemble des unités. Rappelons que la HAS préconise une période de jeûne nocturne inférieur à 12h, ce qui, à l'heure actuelle, n'est pas effectif dans le service avec un dîner vers 18h30 et un petit-déjeuner vers 8h30.

3.2.10.4 Favoriser la communication dans le service

Dernièrement, l'organisation des soins à l'hôpital Paul Guiraud a connu quelques changements, notamment concernant les horaires journaliers du personnel paramédical. Cette évolution des horaires a conduit à un chevauchement plus court des présences des équipes et à un temps plus court de transmission inter-équipes.

De nombreux professionnels ont souligné la nécessité de maintenir un temps de transmission suffisant pour permettre aux équipes de transmettre les informations importantes concernant les prises en charges mais aussi de verbaliser les émotions et les ressentis concernant les situations rencontrées avec les patients. Ce temps de mise en mots constituerait selon eux un espace pour mieux gérer les difficultés rencontrées avec certains patients et aider à moduler les contre-attitudes éventuelles, individuelles ou de l'équipe.

D'autres soignants ont exprimé leur impression de manque de place accordée à la clinique lors des réunions réunissant l'ensemble de l'équipe. Ils ont ainsi proposé d'augmenter la fréquence de ces réunions et de mieux définir les objectifs de cette réunion en distinguant un temps de réflexion axé sur la clinique et un temps axé sur le social.

3.2.10.5 Valoriser les initiatives personnelles

Comme nous l'avons décrit dans la question concernant la reconnaissance du travail soignant par la hiérarchie, l'impression par de nombreux professionnels de ne pas pouvoir mettre en place des activités à visée thérapeutique ou ayant pour but l'amélioration du bien-être des patients était à nouveau évoquée ici. En effet, les professionnels regrettaient la rigidité du cadre et des nombreux protocoles, notamment pour l'achat de matériel ou de denrées alimentaires. Les exemples cités étaient : l'organisation de repas améliorés en particulier pour les fêtes, de goûters ou encore la création de nouvelles activités culturelles ou sportives (jardinage, visionnage de films...). Faciliter leurs démarches tout en respectant les règles de sécurité permettrait de soutenir la créativité au sein du service et d'œuvrer pour la bientraitance dans le service.

D'autres propositions intéressantes nous ont été faites par un ou deux soignants :

- Organiser une meilleure écoute des personnes hospitalisées en généralisant la réunion soignants-soignés existant dans une unité.
- Préciser la formulation des ordonnances afin de limiter l'interprétation individuelle qui entraînerait un risque d'abus ou de négligence. Ainsi, les ordonnances de traitement en *si besoin* devraient préciser les symptômes visés et le seuil d'intensité au-delà ou au-dessous duquel le traitement doit être proposé. La prescription des traitements injectables en *si besoin* dans les cas de refus de traitement oral devraient préciser un délai de négociation entre le soignant et le patient pour expliquer les soins proposés et si possible convaincre le patient de la nécessité de prendre le traitement.

3.2.11 Motivation et disponibilité pour participer à des démarches de promotion de la bientraitance

La plupart des personnes reçues avaient pris un temps pour réfléchir avant de répondre. Certaines personnes nous demandèrent de préciser la fréquence impliquée par le terme « régulière » employé dans la question. En effet, une partie du personnel, en particulier les infirmiers et les aides-soignants nous ont fait part de leur impression de manquer de temps disponible pour être auprès des patients. Même si cela leur semblait une démarche intéressante sur le principe, ils craignaient que celle-ci les oblige à délaier une de leurs missions fondamentales : le relationnel avec les patients.

Nous avons donc précisé le terme régulier qui gênait par son imprécision de nombreux professionnels. « Régulier » n'impliquait pas pour nous des réunions hebdomadaires mais

impliquait une réflexion avec une fréquence prédéfinie adaptée à l'organisation du service tout en tenant compte des disponibilités des professionnels dans les unités. Cette précision a permis à certains, au départ réfractaires, d'accepter sur le principe de participer de manière occasionnelle à des démarches de développement de la bientraitance dans le service.

D'autres nous avaient interrogés sur la forme et les objectifs de ces réunions ou ces réflexions. Nous leur avons alors expliqué comment cette démarche vers la bientraitance avait été mise en place dans d'autres services : écriture d'une charte de la bientraitance en équipe, réunions d'analyse des pratiques, supervisions, cours portant sur la bientraitance... Notre proposition de s'inspirer des outils proposés par la HAS et l'ANESM reçut un accueil mitigé. Certains y voyaient un intérêt pour promouvoir et sensibiliser à la bientraitance dans le service, d'autres exprimèrent leur peur et leur méfiance vis-à-vis de textes administratifs et réglementaires rédigés par des instances extérieures. Ainsi, la crainte d'une normatisation du soin était évoquée. Elle sous-entendait la peur des soignants de mettre en œuvre une démarche assimilée à une procédure rigide et qui ne pouvait par conséquent refléter un réel souci éthique ; cette démarche leur semblait ne pas tenir compte des spécificités de leurs pratiques professionnelles et de la complexité de chaque situation. Malgré l'absence d'un questionnement éthique formalisé dans le service, ces réflexions et ces réactions mettent l'accent sur l'importance que le questionnement éthique a déjà pour une partie de l'équipe.

Lors des entretiens, nous avons précisé la possibilité et la nécessité pour chaque équipe de s'approprier les valeurs de la bientraitance à travers une démarche propre au service afin que celle-ci soit adaptée aux besoins et à l'organisation du service.

Une fois ces précisions apportées, la majorité des soignants se déclarèrent intéressés par la participation à des réunions ou à une réflexion commune afin de développer des moyens de sensibilisation à la bientraitance ou des mesures concrètes pour faciliter des attitudes individuelles et institutionnelles en accord avec les valeurs de la bientraitance.

Cependant, certains professionnels sont restés sur leur position initiale et ont expliqué qu'ils ne souhaitaient pas participer à la réflexion.

D'autres avaient d'emblée exprimé un refus univoque. Ceci, après avoir entraîné une certaine surprise, nous avait poussés à réfléchir au sens et aux raisons de ce refus. Il nous avait semblé que les réponses étaient empreintes par de forts ressentis et des non-dits. Nous les avons alors interrogés sur les motifs de leur refus afin de leur permettre de verbaliser et peut-être de développer sur ce que cette question leur faisait vivre. Les réponses devinrent alors plus nuancées : certains ont rapidement précisé qu'ils pensaient cette démarche intéressante mais,

qu'ils avaient déjà l'impression de manquer de temps pour accomplir l'ensemble des tâches qui incombent à leur fonction de soignant ou d'encadrement ; d'autres ont expliqué avoir l'impression que ce genre de démarche aboutissait peu fréquemment à des résultats concrets et que par conséquent ils n'avaient pas envie d'utiliser leur énergie dans ce processus.

Une fatigue ou une lassitude pouvant faire évoquer un syndrome d'usure professionnelle étaient exprimées par quelques professionnels pour expliquer leur manque d'intérêt dans la démarche ; ils faisaient alors souvent un rapprochement avec l'impression de ne pas être écoutés par la direction ou de ne pas être satisfaits de leur qualité de vie au travail.

3.3 Discussion

3.3.1 Un objectif atteint

L'objectif principal de cette étude descriptive qualitative, à savoir recueillir les points de vue des professionnels travaillant au contact des usagers dans un service sectorisé de psychiatrie générale ainsi que leurs difficultés et leurs idées pour promouvoir la bientraitance au sein de leur service et de l'hôpital, fut atteint.

En effet, cette étude nous permit de rencontrer 25 professionnels exerçant des fonctions variées auprès des usagers dans des unités fermées d'hospitalisation de secteur psychiatrique.

Ces rencontres, riches en découvertes de part et d'autre, nous ont permis de mieux appréhender les représentations qu'avaient les professionnels en psychiatrie de la bientraitance. Des lacunes concernant le concept de bientraitance existent : de nombreux professionnels ne connaissaient pas ce concept et les notions éthiques associées à celui-ci avant l'étude. Cependant ce manque de connaissance n'est pas contradictoire avec l'existence chez la majorité d'entre eux d'un souci éthique et d'une préoccupation constante pour le bien-être des personnes hospitalisées dont ils ont la responsabilité. Ainsi, les professionnels rencontrés semblaient appliquer au mieux les valeurs qui leurs semblaient fondamentales au bon soin : écoute active et bienveillante, respect de l'autre et de sa dignité. Certaines notions éthiques présentes dans le concept de bientraitance n'étaient toutefois pas citées par les professionnels : bienfaisance, non-malfaisance ou encore éthique de la sollicitude... Leur absence dans les discours ne signifie pas pour autant leur absence dans les pratiques.

Cette étude a souligné la fréquente solitude de nombreux soignants et leurs questionnements face à des situations de non-bientraitance. Un flou domine dans les pratiques concernant la bonne attitude à avoir lors de telles situations ou la personne qu'ils pourraient solliciter pour

avoir un avis ou de l'aide. Cependant, les obstacles les plus importants dans la lutte contre la non-bienveillance semblaient être la peur – peur de ne pas être entendu, peur d'être jugé par ses pairs et moins accepté – et l'impression d'impuissance avec l'idée que parler des situations ne servirait à rien et ne ferait pas évoluer les pratiques.

De plus, l'existence et l'importance dans le soin en psychiatrie de mécanismes contre-transférentiels tant au niveau individuel qu'institutionnel ainsi que les principes de la thérapie institutionnelle semblaient fort méconnus. Ces carences sur le plan théorique ne permettraient pas aux soignants d'avoir accès à leurs émotions et d'élaborer leur ressenti face à la souffrance psychique et majoreraient le risque de non-bienveillance. Aussi, une organisation des soins qui apparaîtrait aux yeux de certains manquer de sens pourrait être mieux comprise une fois mise en lien avec les principes de la thérapie institutionnelle. En effet, cette dernière souligne entre autre l'intérêt thérapeutique de la diversité des pratiques, des lieux et des soignants.

Les soignants rencontrés évoquaient la stigmatisation de la folie par la société comme une évidence qui, contrairement à l'hypothèse initiale de cette étude, n'affecterait pas leur travail. Des études axées sur la question devraient être menées pour préciser l'impact de la stigmatisation de la folie dans les pratiques professionnelles en psychiatrie et dans les autres champs médico-sociaux.

3.3.2 Biais et limites de l'étude

3.3.2.1 Un intervenant non neutre

Un des biais de cette partie de l'étude était l'identité de l'intervenant lui-même. Ayant été interne dans deux des trois unités alors qu'elles n'étaient pas regroupées en un même pôle, ma position ne pouvait être complètement neutre. Cette connaissance des équipes a probablement joué un rôle dans le recrutement (élément facilitant) mais aussi dans le contenu des entretiens. Ainsi, le fait de connaître l'intervenant pouvait agir comme un facteur de confiance et faciliter la liberté de parole ou au contraire comme un facteur limitant du fait de la peur d'un jugement moral ou en lien avec des affects antérieurs. Ne disposant pas d'étude avec laquelle comparer nos résultats, il nous est difficile de percevoir l'impact de ce facteur.

Cependant, nous tenons à souligner que toute étude basée sur des entretiens comporte un biais humain lié à la forme même de l'étude.

Dans cette étude, après un recrutement nécessitant beaucoup de persuasion et de présence dans les unités, un climat de confiance semblait s'être installé et le recrutement fut plus aisé. Lors des entretiens, la majorité des professionnels semblaient en confiance et évoquèrent leurs

questionnements personnels, leurs craintes et difficultés par rapport à leur travail. Ni le management, ni nous-même n'eurent de retours négatifs quant au déroulement des entretiens.

3.3.2.2 Des biais de sélection

Il existe deux biais de sélection. Le recrutement de l'étude a favorisé les équipes de jours et les personnes ayant une sensibilité pour le thème de la bientraitance. Les entretiens ayant eu lieu en journée, aucun personnel travaillant uniquement de nuit n'a pu prendre part à l'étude. Or les pratiques professionnelles de nuit en psychiatrie sont spécifiques et mériteraient de pouvoir être évaluées.

De plus, malgré un recrutement basé sur le volontariat, des affinités personnelles antérieures et/ou des sensibilités quant au thème de l'étude purent jouer un rôle dans la décision des professionnels de participer à l'étude. Cependant, le cadre établi avec une trame de questions précises visait à limiter l'impact de l'affect lors des entretiens sans pour autant pouvoir exclure tout impact de ce dernier.

3.3.2.3 De possibles biais d'information

Nous avons choisi la prise de notes écrites pour transcrire les réponses des participants. Cette décision avait pour but de mettre le plus à l'aise possible les professionnels (absence d'ordinateur et absence de bureau, dans la mesure du possible, entre l'intervenant et le participant) en les rassurant au sujet de la confidentialité de leurs propos. Les réponses n'ont donc pas été retranscrites mot à mot mais nous avons veillé à inscrire les points majeurs soulevés et à être au plus près de la pensée et de la parole du professionnel rencontré.

Ces entretiens ont ainsi permis de faire ressortir des tendances plutôt que des données précises et quantifiables quant aux représentations liées à la bientraitance chez les professionnels. Il s'agissait avant tout de saisir la « couleur » du service. Alors que nous avions des difficultés pour récupérer des questionnaires remplis, nous fumes positivement surpris par la forte mobilisation du personnel pour participer aux entretiens proposés

3.3.2.4 Des limites dans la représentativité des différents corps professionnels

L'échantillon de l'étude est représentatif des différents corps professionnels travaillant au contact des personnes hospitalisées à l'exception de la fonction de secrétaire. En effet, nous ne parvînmes pas à recruter de volontaire exerçant cette profession. En questionnant les représentants de la profession dans le service sur les raisons expliquant leur refus, elles évoquaient en premier lieu l'impression que leurs interactions avec les usagers hospitalisés à

temps plein étaient plus rares et en général uniquement pour des raisons administratives et que, par conséquent, la bientraitance était plus éloignée de leurs préoccupations et questionnements quotidiens. Dans un deuxième temps, l'inquiétude de mal faire et la peur de ne pas savoir quoi répondre étaient exprimées. Ces craintes nous semblaient avoir une place fondamentale dans leur refus.

3.3.2.5 Une validité externe limitée

Cette étude descriptive à visée qualitative a été menée dans un seul service de psychiatrie de secteur réparti en trois unités. Elle a donc une portée limitée. Les résultats obtenus ne peuvent être généralisés à l'ensemble des services de secteur psychiatrique. En effet, chaque service psychiatrique fonctionne de manière différente avec des théories du soin, une histoire et des valeurs qui lui sont propres. Toutefois, cette analyse, par le nombre de professionnels ayant accepté de participer, a permis de dégager des tendances fortes et d'indiquer des pistes de réflexion, basées sur le vécu et les idées des soignants, pour sensibiliser à la bientraitance.

3.3.3 Intérêt pour les professionnels

Le fait qu'autant de professionnels aient accepté de consacrer du temps à cette étude soulignait leur intérêt pour le concept de bientraitance ainsi que leur motivation pour s'interroger sur leurs pratiques et réfléchir à des actions de sensibilisation et d'amélioration des pratiques professionnelles. Nous avons remarqué qu'une fois les premiers entretiens menés, le recrutement pour l'étude, basé sur le volontariat, était plus aisé. Ainsi, ils acceptaient plus facilement et avec moins de méfiance de participer aux entretiens. Un écho positif concernant l'étude et son déroulement nous ont été relayés et ont probablement contribué à cette évolution du recrutement. Il s'agit cependant d'une impression. Nous n'avons pas recueilli de données quant à la temporalité du processus d'adhésion à notre étude, que ce soit pour le retour des questionnaires complétés comme pour les entretiens. Nous ne disposons donc pas de données précises sur ce point.

Les retours par les équipes au sujet de leur ressenti suite aux entretiens ont été l'occasion pour la majorité des professionnels d'exprimer leur satisfaction et l'intérêt de cette approche de la bientraitance pour les amener à une réflexion éthique personnelle. Ainsi, au-delà de l'aspect descriptif, il s'agirait d'un outil permettant de sensibiliser les professionnels au contact des personnes hospitalisées à la bientraitance. De plus, par le bouche à oreille, une réflexion portant

sur la bientraitance dépassant le cadre de l'étude et les seuls participants à celle-ci semblait avoir débuté dans le service.

Chapitre 4 Conclusions de l'étude

4.1 Intérêt d'associer ces deux modes de recueils de données

Il existe une réelle complémentarité entre les deux parties de l'étude que ce soit dans les résultats ou dans la forme.

Les résultats de la partie quantitative ont permis de soulever des points spécifiques où le seuil d'alerte était dépassé dans les pratiques individuelles et institutionnelles. Des mesures de sensibilisation et d'amélioration des pratiques doivent être développées rapidement pour y remédier dans le service.

Les résultats de la partie qualitative ont permis de dégager des tendances dans les pratiques, de rendre compte de l'ambiance du service, de l'engagement dans les soins et du souci éthique des professionnels ainsi que de lister des propositions émises par ceux-ci et adaptées à la complexité de leurs pratiques afin de promouvoir la bientraitance.

Concernant la forme, certains soignants nous ont indiqué avoir refusé de répondre au questionnaire et préféré participer à un entretien pour pouvoir parler de leurs pratiques et de la complexité des situations rencontrées car, selon eux, un questionnaire fermé ne leur permettait pas d'exprimer leur ressenti et leur perception de la bientraitance.

Cependant, les questionnaires à choix multiples ont l'avantage de ne pas nécessiter d'intervenant. Le recrutement, le recueil des résultats et l'analyse de ces derniers étaient donc plus faciles que pour la partie entretiens, demandant davantage de moyens humains.

Cette remarque a confirmé notre hypothèse de l'utilité de proposer deux outils différents dans un même service : entretiens et questionnaires pour permettre aux professionnels d'exprimer leur point de vue sur la bientraitance, leurs difficultés et d'élaborer des propositions de sensibilisation à ce thème d'actualité.

4.2 Un outil de sensibilisation

Les résultats des questionnaires ont montré que cette approche était efficace pour amener les professionnels à s'interroger sur leurs pratiques. Par les réponses des personnes interviewées et les retours informels de celles-ci suite aux entretiens, cette approche apparaît elle aussi avoir

une bonne efficacité en tant que démarche de sensibilisation des professionnels. Cependant, faute d'avoir intégré une question spécifique à ce sujet, nous n'avons pas plus d'éléments pour évaluer l'efficacité des entretiens pour sensibiliser les professionnels. Une prochaine étude utilisant des entretiens et intégrant une question à ce sujet permettrait d'explorer l'efficacité de cette méthode pour sensibiliser le personnel travaillant dans le domaine de la psychiatrie.

4.3 Une étude inscrite dans la temporalité du service

Toute étude visant l'évaluation de la perception de la bientraitance par les professionnels nécessite de s'inscrire dans le temps pour être efficace et représentative des pratiques professionnelles. Cette démarche doit prendre en compte la temporalité du service et les mouvements psychiques qu'elle suscite. Ainsi, pour permettre au plus grand nombre de participer à cette démarche et atteindre les objectifs fixés, l'organisation de l'étude doit comporter : un temps de préparation dans le service précédant l'étude pour permettre une première sensibilisation au concept de bientraitance, un temps d'étude proprement dit avec une présence régulière et un temps de retour d'expérience. Le soutien de l'encadrement est également une condition nécessaire à l'acceptation et à la participation des professionnels.

4.4 Des objectifs atteints mais des outils encore perfectibles

Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude concernant la perception de la bientraitance par les professionnels en secteur psychiatrique. Elle a atteint les objectifs fixés mais a aussi souligné la perfectibilité des outils utilisés dans les deux parties de l'étude. Ceux-ci pourraient être améliorés pour limiter les biais et être mieux adaptés aux spécificités des pratiques professionnelles en psychiatrie.

Ainsi, il serait intéressant de proposer aux équipes des questionnaires à choix multiples plus courts, composés de questions prenant en compte les modalités des soins en psychiatrie et dont les intitulés seraient reformulés pour laisser moins de place à l'interprétation personnelle et plus axées sur le questionnement éthique.

Une autre démarche qui pourrait améliorer la qualité et la validité de la partie qualitative de cette étude serait de proposer des entretiens dirigés par un intervenant neutre pour limiter la part d'affect dans les résultats de celle-ci.

4.5 Idées pour améliorer la validité externe de cette étude

Les résultats de cette étude (questionnaires et entretiens), associés à la revue de la littérature et à la prise en compte des spécificités du service et de l'établissement, nous ont permis d'élaborer des propositions pour sensibiliser et promouvoir la bientraitance dans le service et dans l'établissement. Cette étude nécessiterait, pour avoir une meilleure validité externe, d'être complétée par d'autres études sur ce thème dans d'autres unités d'hospitalisation à temps plein de services sectorisés de psychiatrie générale et de pédopsychiatrie.

De plus, mener des études dans des structures accueillant les usagers sur des temps plus courts, telles que les HDJ, les CMP ou les CATTP, donnerait une image plus complète et peut-être différente de la perception de la bientraitance par les professionnels et des difficultés quotidiennes rencontrées par ces derniers. Enfin, des études évaluant la perception de la bientraitance par les usagers dans toutes les structures psychiatriques permettraient d'élaborer des propositions pour promouvoir et sensibiliser à la bientraitance tenant compte des points de vue de tous les acteurs du soin en psychiatrie.

Par ailleurs, nous espérons que cette prise de conscience des enjeux éthiques dans le soin ayant contribué à la sensibilisation des professionnels à la bientraitance sera à l'origine, dans un futur proche, d'une démarche active, soutenue par le management, de promotion de la bientraitance.

Partie 5 : Propositions pour sensibiliser et promouvoir la bientraitance dans un service de secteur psychiatrique

« C'est la base de notre travail qui, chaque jour, peut nous maintenir dans une dimension de rencontre et de disponibilité à l'accueil de tout ce qui se présente, même de façon aléatoire. »

(Oury, 2014)

Les propositions sous-jacentes sont inspirées à la fois des résultats de l'étude décrite précédemment et d'articles publiés sur le thème de la promotion de la bientraitance. Nous nous sommes appuyés sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM, les revues de la littérature associées à celles-ci, les textes de la HAS, les plans Psychiatrie et Santé mentale, etc. En effet, la prévention de la maltraitance faisant partie d'une démarche plus globale de développement de la bientraitance, nous avons donc intégré dans ce chapitre quelques propositions axées principalement sur cet objectif.

Pour éviter une énumération de mesures abstraites et difficiles à mettre en œuvre, nous avons pris en compte les moyens déjà disponibles dans le service et dans l'établissement où l'étude a été menée afin de proposer des actions concrètes. De plus, le nombre d'axes proposés est volontairement réduit pour permettre une démarche claire, active et réaliste orientée vers la bientraitance.

« Être humain par ailleurs considéré sous l'angle de politiques de santé mentale, dont le dernier (et excellent) rapport d'informations en date du 18 décembre 2013 établit 30 propositions concrètes, dont il importe de retenir la proposition 30 bis : « diminuer le nombre de rapports et donner la priorité à la mise en œuvre des recommandations » »

(Hazif-Thomas et al., 2014)

Le groupe hospitalier Paul Guiraud à Villejuif (PGV) et le service où l'étude a été menée ont déjà instauré des mesures pouvant s'inscrire dans une démarche de développement de la bientraitance des usagers. Comme nous avons pu le constater suite aux études, certaines mesures sont peu ou mal connues par les soignants et par les usagers ; d'autres sont connues mais non perçues par les soignants comme faisant partie d'une démarche vers la bientraitance.

Certaines démarches nécessitent donc d'être rendues plus visibles aux yeux de tous ; d'autres nécessitent certaines modifications afin de mieux répondre aux exigences de la bientraitance telle que nous l'avons définie précédemment.

Nous allons donc nous attacher à proposer des éléments de réflexion associés à des moyens d'action aussi concrets et spécifiques que possible pour faciliter leur appropriation par les équipes et permettre une mise en place rapide dans le service et/ou l'établissement.

La mise en œuvre de certaines propositions plus ambitieuses, notamment celles concernant l'aménagement intérieur des locaux ou encore la formation initiale nécessiteraient un engagement des gestionnaires de l'établissement ou encore des autorités nationales s'intéressant aux questions sanitaires et sociales. Toutefois, le projet de service ou le projet d'établissement peut garantir une orientation vers la bientraitance en privilégiant certains projets dont la mise en place tant financière que matérielle ou humaine est d'ores et déjà possible.

Nous souhaitons aussi rappeler que notre réflexion fait suite au recueil des points de vue des professionnels concernant la bientraitance : notre objectif ici est donc de les aider à faire face à leurs difficultés pour avoir ou maintenir une attitude bientraitante au quotidien. Nous n'aborderons donc pas directement l'élaboration de mesures visant la bientraitance des usagers et leurs proches. Cependant, les mesures facilitant le développement de la bientraitance chez les professionnels de santé ont pour objectif l'amélioration de la bientraitance de tous les acteurs du soin – professionnels et usagers.

Il nous semble important de préciser que ces propositions, même si elles découlent d'un travail avec les membres de l'équipe soignante, font suite à un travail d'observation et non d'un travail de réflexion et d'élaboration commune. Ces propositions ont donc besoin d'être présentées aux professionnels de santé pour permettre à ceux-ci de s'en inspirer pour réfléchir à une démarche vers la bientraitance propre au service et par la suite élaborer un plan d'action adapté. Ces propositions ne doivent en aucun cas court-circuiter ce travail qui est essentiel pour un investissement de l'équipe dans cette démarche.

Chapitre 1 : Des informations concernant la bientraitance plus visibles

La seule existence de textes de loi et de recommandations de bonnes pratiques ne suffit pas à modifier les pratiques professionnelles au sein des établissements de santé. De nombreux

professionnels n'ont pas connaissance des publications récentes concernant la santé mentale, publications incluant les textes traitant de la bienveillance.

Ouvrir la structure sur l'extérieur en facilitant l'accès aux informations concernant la santé mentale ne peut être que bénéfique dans une démarche de réflexion éthique et d'encouragement à la formation personnelle et à la créativité. Cette ouverture peut s'exprimer à travers une mise en valeur de la plateforme documentaire de l'établissement : bibliothèque médicale et paramédicale ainsi que par un développement des informations accessibles directement à partir des sites intranet et internet de l'établissement.

D'autre part, même en ayant accès à ces textes, tous les professionnels ne disposent pas des moyens pour les comprendre et les appliquer. Organiser cet apprentissage en invitant des personnes « expertes » extérieures à l'établissement peut être utile pour aider les membres de tous les corps professionnels à s'approprier ces lois et ces recommandations.

« Il convient de s'interroger non seulement sur les modalités d'accès des professionnels de santé aux textes de référence normatifs, mais aussi sur leur capacité à se les approprier de manière adaptée. »

(Lernout et al., 2005)

Voici quelques idées aisées à mettre en pratique et peu coûteuses allant dans ce sens.

1.1 Un accès facilité à l'information

Faciliter l'accès aux ressources contenant des informations dans le champ de la psychiatrie – lois, recommandations de bonnes pratiques professionnelles, articles et débats – constituerait une démarche institutionnelle intéressante. Des informations concernant des thèmes tels que la bienveillance, la maltraitance, la souffrance au travail ou encore la réorganisation du secteur psychiatrique pourraient ainsi devenir plus accessibles. Pour ce faire, développer l'intranet de l'établissement en mettant en valeur ces informations et en créant des liens hypertextes pour accéder rapidement aux dernières recommandations ou revues de la littérature serait une mesure concrète et nécessitant peu de moyens humains ou financiers.

Certains souligneront que ces informations sont aisément consultables sur les sites des différents organismes gestionnaires et organisateurs du soin en France : ANESM, HAS, FORAP... Mais, dans la pratique, il apparaît clairement que de nombreux professionnels de santé se connectant à l'intranet de leur établissement ne recherchent pas des informations supplémentaires de leur côté. Le rôle de l'intranet de l'établissement peut ainsi être central dans la mise en valeur et la mise à disposition des lois, recommandations, etc. concernant la pratique

quotidienne du soin et devenir un outil apportant une valeur ajoutée à la formation initiale ou continue développée par ailleurs.

D'autre part, pour les professionnels et les usagers ne se connectant pas à l'intranet, une version papier mise à la disposition de tous pourrait former une alternative. Il appartiendrait à chaque service, tout en gardant à l'esprit les textes réglementaires, de s'approprier cette proposition et de choisir le format et le contenu de cet outil éducatif.

1.2 Améliorer la visibilité de la bibliothèque médicale de l'hôpital Paul Guiraud

La bibliothèque médicale dispose déjà de nombreux ouvrages d'éthique (livres et revues) dont certains abordent le concept de bientraitance. Elle fait partie d'un réseau national de prêt de livres médicaux. Les bibliothécaires y travaillant sont très disponibles et enclines à aider les personnes le souhaitant à chercher des documents sur un sujet particulier. De plus, elles peuvent permettre à une personne recherchant un document spécifique absent de la bibliothèque mais disponible dans une autre bibliothèque de le consulter grâce au réseau de prêt interbibliothèques.

Ainsi, organiser des visites de manière systématique à l'embauche pourrait aider les professionnels de l'établissement à mieux se représenter la bibliothèque, les documents disponibles et les encourager à en franchir le seuil.

1.3 Accueillir régulièrement des intervenants extérieurs

Inviter des intervenants travaillant dans d'autres établissements psychiatriques ou du champ médico-social peut constituer une autre source de connaissance, plus ancrée dans la pratique, pour appréhender les démarches de sensibilisation et de promotion de la bientraitance existant à ce jour. Ces rencontres permettraient de recueillir leurs points de vue et la manière dont ils ont introduit une réflexion sur la bientraitance dans leur établissement, que ce soit en centre hospitalier universitaire, en centre hospitalier spécialisé en psychiatrie ou en EPHAD. Leur expérience pourrait être utilisée afin de stimuler la créativité et diversifier les approches de la bientraitance au sein de l'établissement.

Chapitre 2 : Une formation initiale ancrée dans l'éthique, adaptée aux spécificités de la psychiatrie

Les deux plans consécutifs pour la santé mentale mettent l'accent sur la nécessité de mieux former le personnel soignant en psychiatrie :

« Le plan d'actions se termine par des recommandations sur l'évaluation et la démarche qualité en psychiatrie, sur la formation des infirmiers, des psychologues et des psychiatres et sur le développement de la recherche »

(Cléry-Melin et al., 2004)

Le Conseil supérieur du travail social (CSTS) va plus loin dans son rapport « Refonder le rapport aux personnes « merci de ne plus nous appeler usagers » ». Il affirme :

« Pour modestement réussir à rencontrer l'autre dans sa différence, l'ensemble de l'institution –de la direction en passant par les services éducatifs et paramédicaux, de la femme de ménage au secrétariat –tous doivent être mobilisés autour d'objectifs communs, ce qui sous-entend des formations en interne qui permettent véritablement l'éclosion d'une «culture d'entreprise» centrée sur la qualité de vie des personnes, mais également des personnels. »

(CSTS, 2015)

Evoquer la formation initiale sort un peu du cadre des propositions concrètes que nous souhaitons mettre en avant. Cependant, apporter quelques précisions sur la situation actuelle en France au niveau de la formation des professionnels de santé nous semble primordial pour mieux appréhender et comprendre certaines difficultés rencontrées pour modifier les pratiques. Le manque de connaissances en psychiatrie et, par conséquent, les besoins en formation continue chez un grand nombre de professionnels travaillant à l'hôpital psychiatrique sont partiellement liés à ce manque de formation initiale.

Développer les formations initiales ne relève pas directement du service ni de l'établissement hospitalier. Cependant, le groupe hospitalier PGV a une organisation institutionnelle se prêtant bien au développement de certaines mesures d'amélioration qui nous paraissent assez aisément transposables dans la pratique.

2.1 Formation du personnel médical

De nombreux auteurs soulignent que la formation médicale initiale des futurs psychiatres est souvent incomplète. Notons certaines lacunes fréquentes :

- Un manque de culture en santé publique,

- Des bases théoriques privilégiant souvent un seul abord : biologique, psychologique ou social.
- Une absence de formation au management, alors que le rôle de meneur d'équipe du médecin est primordial afin d'organiser les prises en charge et d'aider les autres soignants à donner du sens au soin.

« En pratique publique, un problème majeur saute aux yeux : l'absence de formation à l'animation et la gestion d'équipe pluridisciplinaire. »

(Piel et al., 2001)

L'existence de cours hebdomadaires pour les internes inscrit au DES de psychiatrie ou de médecine générale travaillant dans l'établissement est une mesure mise en place par la direction depuis quelques années pour améliorer la formation initiale des internes. Cependant, le contenu de ces cours est souvent une redite par rapport au cours obligatoires proposés par la faculté aux étudiants de DES. Certains rappels sont toujours bienvenus. Toutefois, adapter le contenu des cours pour aborder des thématiques peu présentes dans le cursus général pourrait être utile afin d'élargir les horizons des futurs médecins : donner une culture psychiatrique, améliorer la connaissance des diverses formes de psychothérapies, aider à développer des capacités de management, favoriser les connaissances nécessaires pour développer les prises en charge en réseau, etc.

De plus, comme souligné par Jean Maisondieu, apprendre à respecter l'Autre en tenant compte de sa place en tant que sujet à part entière n'est pas inscrit au cursus obligatoire...

« Paradoxal dans le contexte de la relation médecin malade, qui se place par principe sous le signe du souci de l'autre avec la visée explicite de l'aider à rester vivant et en bonne santé, l'autrui involontaire et inconscient ne fait l'objet ni de recherches systématiques ni de mises en garde, faute que sa réalité et son potentiel pathogène aient été encore appréhendés. »

(Maisondieu, 2010)

Ces cours pourraient être plus riches et plus efficaces en introduisant plus d'interactivité à travers des exercices pratiques (jeux de rôle) ou encore en reprenant et commentant des séquences de soin filmées ou pourquoi pas des extraits de films évoquant la psychiatrie.

2.2 Formation du personnel paramédical

Le « Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale », rapport remis au gouvernement en 2003 par le Docteur Cléry-Melin mettait en avant le manque de connaissances théoriques et psychiatriques des infirmiers nouvellement diplômés.

« Dès à présent et compte tenu du délai de mise en œuvre d'une telle réforme, elle estime que tous les infirmiers sortant d'IFSI affectés en psychiatrie doivent bénéficier d'une formation complémentaire de six mois. »

(Cléry-Melin et al., 2004)

Le rapport de mission publié en juillet 2001 par les Docteurs Piel et Roelandt intitulé « De la psychiatrie vers la santé mentale » donnait quelques pistes de réflexion pour réformer la formation initiale des infirmiers, et plus spécifiquement ceux travaillant en psychiatrie :

« Nous pensons que cette formation au diplôme d'infirmier DE devrait être intégrée dans le corpus des enseignements universitaires (en faculté de médecine par exemple). Il serait souhaitable d'y adjoindre une réflexion sur les représentations sociales, le travail individuel avec un patient, les pratiques ambulatoires, les psychothérapies, le lien avec la communauté etc. »

(Piel et al., 2001)

Ce manque de formation initiale est aujourd'hui décrié par les associations d'usagers mais aussi par les autorités publiques responsables de l'organisation des soins en santé mentale :

« La première serait de renforcer la part de la psychiatrie dans les études de base des infirmiers tant en heures de cours que de temps passé en stage. Les infirmiers fraîchement diplômés sont souvent déstabilisés en arrivant en psychiatrie en raison de l'insuffisance de la formation à cette discipline dans les IFSI. L'une des conséquences est une appréhension voire une peur des patients, ce qui a pour effet la montée de l'angoisse chez les patients eux-mêmes, pouvant générer à leur tour des réactions agressives ou violentes : cela peut expliquer, au moins en partie, l'augmentation des réponses protocolisées de contention dans les services et l'application frileuse du principe de précaution. Aussi, il est plus que nécessaire que les formations prennent en considération la dimension relationnelle des soins, spécifique à la maladie mentale. »

(AGAPSY et al., 2015)

Les formations initiales des autres professionnels travaillant à l'hôpital psychiatrique à l'exception des psychologues semblent encore plus pauvres en enseignements relatifs à la santé mentale que celle des infirmiers.

Ainsi, les aides-soignants, les assistants sociaux ou encore les ergothérapeutes manquent souvent de connaissances théoriques et pratiques pour s'adapter aux difficultés rencontrées en psychiatrie, d'autant plus en unité fermée de secteur. Ce manque de formation et de préparation des étudiants paraît entraîner un risque majoré de stress et des possibles difficultés à gérer des affects parfois violents en lien avec les situations rencontrées en psychiatrie. Cette remarque rejoint notre constat sur le manque de formation concernant le contre-transfert en psychiatrie. Ainsi, dans la pratique, ces mouvements contre-transférentiels inconscients omniprésents ne

peuvent faire l'objet d'un travail psychique conscient par les professionnels car ils ignorent l'existence même de ces mouvements.

Chapitre 3 : Une formation continue diversifiée et ouverte à tous

La formation continue dans les établissements psychiatriques fait partie des axes centraux pour permettre au personnel de s'impliquer dans une démarche de promotion de la bientraitance. En leur permettant d'acquérir de nouvelles connaissances tant au niveau théorique que pratique, elle enrichit la palette d'outils à la disposition des professionnels pour comprendre et adapter le « prendre soin » aux besoins de chaque personne hospitalisée.

« Plusieurs références fondatrices émergent, souvent méconnues, comme le « devoir d'optimisme envers l'autre », promu avec tant de clarté par René Clément. On peut citer également le respect « du sentiment continu d'exister » de Donald W. Winnicott, insuffisamment enseigné aux soignants. Et, enfin, il faut parler de la notion de la nécessaire « bien-traitance envers les professionnels », et de la « noblesse, [de] la science thérapeutique de l'anodin du quotidien », si bien mises en valeur par Michel Lemay. Pour lui, la bien-traitance ne peut se concevoir sans que les professionnels soient eux-mêmes « bien-traités », ce qui implique qu'ils bénéficient non seulement d'une formation continue et d'un soutien constant, mais qu'ils doivent être également reconnus, toute hiérarchie et spécialité confondues, dans le sens des actions qu'ils engagent envers l'enfant et ses parents »

(Rapaport, 2011)

Pour toucher le plus large public possible, la formation continue proposée devrait remplir certaines conditions :

- Une diffusion large par le management des formations proposées.
- Des informations précises et remises régulièrement à jour concernant le lieu, la date et le contenu de chaque séance.
- La fonction et le domaine d'expertise des intervenants intérieurs et extérieurs.
- Des thèmes variés tout en restant dans le champ de situations et de pratiques fréquemment rencontrées par le personnel soignant.
- Une organisation des soins et des emplois du temps des professionnels prenant en compte dans la mesure du possible le temps de formation. Ceci permettrait à ceux qui le souhaitent de se détacher du service sans mettre en danger ou en difficulté le reste de l'équipe.

- Renforcer l'égalité d'accès aux formations continues pour l'ensemble des professionnels de santé.

Comme nous l'avons décrit précédemment, il existe actuellement au sein du groupe hospitalier PGV des cours destinés aux internes. Ces cours sont assurés soit par des médecins de l'établissement soit par des intervenants extérieurs. Elargir le public auquel est destinée cette formation pourrait être intéressant afin de créer un socle de connaissances communes partagé par l'ensemble du personnel de l'établissement mais aussi pour construire des liens solides entre les différentes professions réunies à cette occasion autour de leur envie d'apprendre et de progresser.

« De même que pour les formations de base, il nous semble essentiel que la loi facilite la possibilité d'organiser des formations croisées entre professionnels du soin et de l'accompagnement médico-social et social et que les usagers soient invités à y contribuer. »

(AGAPSY et al., 2015)

Pour être accessibles au plus grand nombre, les cours de cette formation continue, s'adressant à plusieurs professions médicales et paramédicales, devraient être adaptés dans leur forme et leur contenu au niveau de formation initial de chacun.

La salle de cours et le matériel pédagogique étant déjà disponibles dans l'établissement et la majorité des formateurs travaillant à l'hôpital, le coût de cette mesure semble moindre et pourrait être absorbé par le budget actuel. Le défi est plutôt d'ordre organisationnel et motivationnel. Le soutien par l'encadrement à la création et la pérennisation de cette nouvelle formation est indissociable de son acceptation et son adoption par les équipes.

3.1 Des cours axés sur les spécificités de la maladie psychique

Au vu des lacunes concernant le champ de la psychiatrie chez de nombreux professionnels, organiser régulièrement, soit à l'échelle du service, soit à l'échelle de l'hôpital, des formations ouvertes à tous centrées sur la clinique psychiatrique pourrait constituer une démarche intéressante. Cette formation, pour être accessible à tous, doit utiliser des termes et des notions simples, utiliser divers supports et être dans la mesure du possible interactive afin de permettre un meilleur apprentissage et la possibilité pour les participants de poser les questions qu'ils souhaitent.

Cette formation peut s'organiser soit sous forme de cas cliniques soit sous forme de cours magistraux ou interactifs proposant une thématique variée pour sensibiliser le personnel à la diversité et à la richesse de la psychiatrie. Ainsi, les sujets abordés peuvent porter sur : les

troubles psychiques mais aussi les comorbidités somatiques (la bouffée délirante aiguë, effets secondaires des traitements), les différentes thérapeutiques utilisées (traitement médicamenteux, sismothérapie, contention...) ou encore la présentation de différents types d'approches thérapeutiques utilisées à l'hôpital (thérapie institutionnelle, ergothérapie). La participation à ce type de formation peut contribuer à la lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques et permettre une meilleure compréhension et adaptation des soignants aux besoins des usagers.

La formation initiale en psychiatrie proposée aux infirmiers, aides-soignants et autre personnel hospitalier est assez succincte et ne permet pas toujours aux jeunes diplômés de bien se représenter les différentes pathologies. En effet, les cours concernant la sémiologie et la psychopathologie des troubles psychiques ainsi que la prise en charge qui en découle sont peu nombreux et restent souvent assez théoriques. Les étudiants ont donc besoin d'être confrontés à des situations cliniques, présentées sous forme de dossier, pour leur permettre d'avoir une approche plus concrète de la réalité qu'ils vont rencontrer.

Ces cours sous forme de cas cliniques peuvent constituer des apprentissages, des rappels (médecins, psychologue) ou encore des mises à jour des connaissances pour tout un chacun et aider chaque professionnel à mieux comprendre les comportements et réactions des personnes hospitalisées en psychiatrie. De plus, apprendre au personnel soignant à percevoir la maladie psychique dans sa globalité est important. Ainsi, expliquer la psychopathologie psychiatrique peut aussi éclairer les professionnels sur la manière dont la maladie psychiatrique aiguë ou chronique est susceptible de modifier certains schémas psychiques, les capacités cognitives ou encore la personnalité des patients.

En effet, la diminution des capacités cognitives, la réduction des capacités à socialiser ou à être autonome dans leur quotidien (incurie, repli au domicile) sont autant de symptômes de la maladie à prendre en compte pour proposer une prise en charge adaptée. Aussi, mieux appréhender les vulnérabilités ainsi que les capacités restant utilisables par le patient permettrait de ne pas calquer des demandes normatives pouvant s'avérer non-bientraitantes pour les patients. Voici deux exemples pour illustrer notre propos : insister sur le rangement de sa chambre pour un patient très désorganisé psychiquement peut être source d'angoisse ; lui proposer de l'accompagner dans cette démarche peut au contraire devenir une activité thérapeutique et favoriser le développement d'une alliance thérapeutique solide car ancrée dans une expérience commune. Stimuler un patient replié sur lui-même à sortir se promener dans le parc ou à pratiquer une activité physique, dans la mesure où son état psychique et somatique le

permet, s'inscrit dans une réelle démarche thérapeutique complémentaire de la prise en charge psychologique et/ou médicamenteuse.

Il s'agit d'encourager toutes les démarches et initiatives des professionnels. Celles-ci peuvent parfois paraître de l'ordre du détail mais sont fondamentales au bien-être des patients. Ces initiatives, souvent situées dans l'informel sont encore trop peu valorisées. Le système de santé actuel, basé sur les cotations à l'acte et l'évaluation des pratiques, ne permet pas encore à ces formes de « prendre soin » d'être visibles et appréciées à leur juste valeur.

3.2 Réunion d'analyse des pratiques

L'analyse des pratiques est une réunion de groupe qui diffère des réunions cliniques (centrées sur les patients) ou des supervisions (ayant pour objectifs la compréhension des mouvements contre-transférentiels). Elle vise, à distance des événements, une fois les affects apaisés, de permettre une démarche éducative pour les professionnels. Elle permet, en revenant sur une situation vécue difficilement par l'équipe ou ayant conduit à un signalement d'événement indésirable ou encore sur simple demande de l'équipe, d'analyser les pratiques afin de proposer des pistes de réflexion et d'amélioration.

« Une fois l'émotion collective apaisée, il importe d'accompagner l'équipe à la réflexion sur les causes de l'événement survenu. L'objectif est de renforcer la démarche de prévention en repérant a posteriori les signes avant-coureurs. Cette analyse permet également à l'équipe d'encadrement de capitaliser sur cette expérience. »

(ANESM, 2012)

Chapitre 4 : Des lieux de soutiens individuels ou de groupe

Le bien-être psychique des professionnels de santé est une des conditions nécessaires pour que ceux-ci puissent avoir une attitude bienveillante envers les usagers mais aussi envers les autres personnes avec lesquelles ils travaillent.

Leur permettre de s'exprimer librement et bénéficier d'une écoute bienveillante dans des lieux et dispositifs variés, pouvant ainsi convenir au plus grand nombre, est un des moyens pour contribuer à leur bien-être. En effet, la diversité des offres de soutien permet de mieux prendre en compte les spécificités des demandes et/ou besoins de chacun.

« Des lieux de parole, des supervisions et inter-visions replaceront le Moi professionnel à sa juste place et l'empêcheront de sombrer peu à peu dans l'épuisement émotionnel, le désintérêt, sinon le désespoir. »

(Delbrouck, 2008)

Un personnel vivant l'institution dans laquelle il travaille comme maltraitante – sans préjuger des raisons ou de la réalité de ce vécu – a tendance à se focaliser sur les dispositifs et actions le concernant directement et non sur ceux nécessaires au développement du bien-être des usagers.

4.1 Les supervisions

La mise en place de lieux favorisant le travail psychique, c'est-à-dire facilitant l'accès et l'élaboration de la pensée, est importante pour déjouer les risques liés au mode de fonctionnement de toute institution. Ces lieux peuvent accueillir des groupes constitués soit par le personnel d'un même service, soit par le personnel appartenant au même corps professionnel. Il s'agit alors de nommer les ressentis et d'essayer de comprendre les dynamiques internes et externes en jeu entre les participants ainsi que la manière dont ces dynamiques influent sur le soin.

Ainsi, le soin proposé aux usagers, en se détachant des enjeux interindividuels, peut se centrer sur la personne en tant que sujet dudit soin et tendre vers la bienveillance.

« Les situations de soin où la vulnérabilité de l'autre existe sont potentiellement dangereuses. Elles nécessitent un travail d'élaboration personnelle du côté des acteurs de santé (implication, contre-transfert) dans une dimension clinique mais aussi un travail de questionnement collectif dans une dimension éthique et praxéologique. C'est à partir du moment où ce travail se mettra en place que les infirmiers, les aides-soignants pourront affirmer leur identité professionnelle dans une posture épistémologique faisant contre-pouvoir au discours dominant. »

(Tregouet, 2006)

Il existe plusieurs formes de supervision. La distinction entre supervision de groupe et supervision individuelle est importante. Chaque supervision a ses spécificités et peut apporter des outils différents à la personne y participant pour mettre en mots ses ressentis et les comprendre. La supervision de groupe a pour but d'analyser les mouvements contre-transférentiels de l'équipe soignante en tant qu'entité envers un usager ou un groupe d'usagers et ainsi les aider à lutter contre les risques de contre-attitudes ou de violence.

« Autrement dit, pour qu'une collectivité puisse fonctionner d'une façon à peu près efficace et ne développe pas une pathoplastie trop lourde, il est nécessaire qu'il y ait une analyse permanente de tous ces facteurs, lesquels sont des facteurs d'aliénation. Cette fonction analytique collective fait partie de ce

que j'ai appelé « le collectif » : sorte de « machine abstraite », dont la fonction diacritique ne peut fonctionner qu'à partir de ces éléments : un club, des « tiers régulateurs » et une quantité « d'ouverts ». Ce « collectif » produit la possibilité de sauvegarder un certain degré de liberté, d'initiative, donc de rencontres, mais en même temps « d'événements ». »

(Oury, 2007)

4.2 Des espaces de soutien psychique adaptés à chacun

Les professionnels de santé sont avant tout des êtres humains. Ceux-ci arrivent chaque jour sur leur lieu de travail avec leurs forces et leurs vulnérabilités. Ils sont tous susceptibles de rencontrer des difficultés dans la sphère privée ou professionnelle pour lesquelles ils pourraient avoir besoin d'aide à un moment donné de leur vie professionnelle.

De nombreux professionnels de santé ont l'impression que, sur leur lieu de travail, il existe un manque de soutien et de lieux d'écoute pour évoquer leurs souffrances ou leurs difficultés. Ce constat s'applique aussi dans le domaine de la psychiatrie.

« Les résultats de l'étude quantitative internationale sur les soignants en psychiatrie d'Estryn-Behar et Al (2006), auprès d'un large échantillon choisi pour l'enquête PRESST-NEXT, corroborent les dires précédents. Ainsi, ils mettent en évidence un manque de soutien psychologique ressenti par les soignants ainsi qu'une insatisfaction liée à la qualité des soins. »

(Cintas, 2010)

Le management a un rôle central à jouer pour lutter contre la solitude psychique des professionnels en les aidant à prendre conscience des outils de soutien à leur disposition et à s'en saisir lorsqu'ils en éprouvent le besoin.

« Identifier les recours et les personnes ressources en cas de difficultés personnelles d'un professionnel. Il est nécessaire que l'encadrement puisse accompagner un professionnel en cas de difficulté, et ne pas se trouver démuni ou adopter une réponse uniquement disciplinaire. »

(ANESM, 2012)

L'encadrement, en facilitant et encourageant les démarches personnelles de demandes de soutien psychique œuvre pour le bien-être des personnes sous sa responsabilité. Ce bien-être au travail, comme démontré par de nombreuses études, permet de diminuer la violence dans l'institution. Le bien-être lié au cadre de travail entraîne une réduction de la violence à tous les niveaux : entre les professionnels de santé, des soignants envers les personnes hospitalisées et leurs proches mais aussi de la violence des patients entre eux ou envers les équipes soignantes. De nombreux usagers en psychiatrie étant très sensibles à l'état émotionnel des personnes avec lesquelles ils interagissent, cette diminution de la violence des usagers pourrait être expliquée

comme un ressenti en miroir d'un plus grand calme des soignants. Le bien-être des soignants aurait donc un effet apaisant sur les personnes hospitalisées.

4.2.1 Des espaces de soutien au sein de l'établissement

La présence dans chaque établissement sanitaire ou médico-social de personnes qualifiées chargées de l'aide et du soutien du personnel paraît primordiale pour permettre au personnel de les solliciter facilement en cas de besoin. Ces professionnels, dont la mission est d'accompagner les soignants en difficulté, doivent être facilement identifiables par ces derniers et être reconnus dans leur neutralité bienveillante. En effet, les représentations psychiques chez les professionnels travaillant en psychiatrie de la fonction et de la mission d'un psychologue du travail ou d'une assistante sociale intervenant auprès du personnel restent souvent floues et empreintes de méfiance. Cette méfiance semble liée à une crainte de la stigmatisation – peur d'avoir une image négative auprès de la hiérarchie ou des autres professionnels en étant « catalogué » parmi les personnes nécessitant une aide psychique – et la crainte d'un non-respect de son intimité exprimé par un questionnement fréquent au sujet de la discrétion et du respect de la confidentialité par le psychologue, le médecin ou encore l'assistante sociale du personnel. Pour lutter contre ses craintes, il serait nécessaire que le management émette un message clair destiné aux soignants concernant les missions et les modalités du soutien psychique ou social proposées au sein de l'établissement.

Un médecin et une psychologue du travail exercent au sein de l'établissement PGV. Cependant, les soignants rencontrés disent avoir rarement recours à ces dispositifs formalisés d'aide. Les raisons de cette méfiance peuvent être multiples. Nous avons évoqué quelques explications possibles. Celles-ci seraient liées aux représentations psychiques du personnel pouvant entraîner crainte et insécurité. Cependant, n'ayant pas interrogé tous les professionnels rencontrés à ce sujet, nous préférons éviter des conclusions hâtives.

Cette difficulté à s'appropriier et à utiliser les lieux de soutien existants ne serait pas l'apanage de l'institution où a été menée notre observation. Des études dans d'autres établissements médico-sociaux tendent à montrer que les professionnels de santé en difficulté sur le plan professionnel ou personnel auraient du mal à se saisir des mesures d'aide proposées par l'institution.

Ainsi, devant ce constat, au CHU de Tours, un soutien informel a été mis en place pour offrir aux soignants un dispositif complémentaire à ceux existants et formalisés. Il s'agit d'une équipe mobile de soins palliatifs se déplaçant dans les unités pour faciliter la rencontre et la liberté de

parole. L'équipe mobile est formée d'un binôme avec, dans mesure du possible, une représentativité de deux professions différentes.

Cette « écoute de couloir » destinée aux professionnels de santé a pour but de permettre une écoute bienveillante, un partage des émotions et une valorisation personnelle et professionnelle.

Au vu des similitudes entre certains vécus douloureux rencontrés par les équipes exerçant en soins palliatifs et ceux rencontrés par les équipes en psychiatrie de secteur – maladies chroniques, prises en charges longues, proximité avec le patient, souffrance importante –, il serait intéressant de proposer une équipe mobile de soutien dans l'hôpital Paul Guiraud.

Définir la manière dont un dispositif similaire pourrait être mis en place, en constituant un vrai défi, dynamiserait la réflexion au sein de l'établissement. Ce dispositif visant le bien-être soignant contribuerait à la démarche plus globale vers la bientraitance.

« A partir de notre expérience d'équipe mobile de soins palliatifs, nous avons eu l'impression que se mettait en place progressivement, avec la confiance des équipes et en étant à leur écoute, un soutien non avoué comme tel, donc informel, le soutien de couloir, qui semblerait mieux leur convenir. »

(Decamp et al., 2002)

4.2.2 Des espaces de soutien à l'extérieur de l'établissement

Les personnes travaillant auprès des patients, quelle que soit leur fonction, peuvent rencontrer des difficultés au travail ou dans leur vie personnelle.

Le management a un rôle central à jouer dans la prévention et la lutte contre la souffrance psychique des équipes dont il a la responsabilité. Les cadres de proximité, en connaissant individuellement chaque membre de leur équipe sont en première ligne pour percevoir leurs difficultés éventuelles. Ils peuvent ainsi, par une écoute active bienveillante, les guider si nécessaire vers des dispositifs d'aide psychique, somatique ou sociale. L'aide psychique peut s'appuyer sur un dispositif interne avec la rencontre du psychologue du travail ou externe avec la rencontre d'un psychiatre, d'un psychologue exerçant en libéral ou en centre médico-psychologique.

Une des missions de l'encadrement étant d'œuvrer pour le bien-être de ses équipes, celui-ci se doit de faciliter, pour tout professionnel le désirant ou en ressentant le besoin, l'accès à un soutien psychique ou à une psychothérapie. Ces démarches nécessitent du temps et de l'énergie. Adapter, dans la mesure du possible, le planning du professionnel à ces contraintes constitue une aide non négligeable et valorise cette démarche. De plus, adapter la charge de travail aux

capacités physiques et psychiques d'un soignant en souffrance, après concertation avec le concerné et les autres membres de l'encadrement, peut être bénéfique.

Ces missions managériales visant le bien-être des professionnels du soin sont importantes dans des institutions dont une des missions est d'œuvrer pour le bien-être des usagers qu'elle accueille.

Chapitre 5 : Un projet de service plus lisible orienté vers la bientraitance

Nous souhaitons souligner l'importance d'une démarche continue de réflexion sur les questions éthiques et notamment la bientraitance dans chaque service mais aussi au sein de l'institution. Cette démarche nécessite un aménagement du cadre de travail avec l'organisation par le management de temps pour les soignants afin qu'ils puissent participer à ces réflexions. Cette réflexion sur l'organisation des soins doit prendre compte la réalité du quotidien et les possibilités au sein de chaque service, qu'elles soient matérielles, humaines ou encore financières.

« Aussi, le CNAEMO propose-t-il plutôt que des règles déontologiques, que soient mis en place au sein des institutions des « protocoles d'interrogation des pratiques », dispositifs qui permettraient de comprendre, d'évaluer selon des critères élaborés collectivement, les enjeux des différentes mesures et élucider leur sens» . »

(ANESM, 2010a)

5.1 La bientraitance demande du temps

Il est important que l'encadrement définisse des temps destinés à une réflexion sur la bientraitance et plus largement sur les questionnements éthiques en lien avec le soin.

« Celle-ci ne sera, comme la qualité des soins, que le fruit d'une politique qui favorise la formation continue des professionnels sanitaires ou sociaux, ce qui nécessite d'abord au quotidien des temps d'analyse des pratiques : il faut cesser de les considérer comme du temps perdu dans la rentabilité des services. Cela nécessite également que les temps de reprise professionnelle que permettent la participation à des journées d'étude, de perfectionnement et d'échanges soient reconnus comme indispensables à toute bonne pratique au même titre que ceux ayant trait aux contraintes liées à la certification. »

(AGAPSY et al., 2015)

De plus, chaque agent devrait disposer d'un temps défini sur son temps de travail pendant lequel celui-ci est détachable du service et peut participer à une ou plusieurs réunions traitant de sujets éthiques.

En intégrant de manière systématique cette démarche dans l'organisation du temps de travail, comme l'ai déjà le temps de transmission ou de formation individuelle, le temps consacré à la démarche de bientraitance gagnerait en visibilité et serait ainsi valorisé.

« En effet, on ne peut faire allusion aux valeurs éthiques de l'association ou de l'organisme que si l'on institue le temps nécessaire à leur confrontation avec les propres références de chacun des membres de l'équipe. »

(ANESM, 2010a)

5.2 Un projet de service inscrit dans une démarche collective

Le projet de service est présenté par le chef de service après une réflexion avec ses collaborateurs. Celui-ci guide ses équipes et fixe les orientations globales du service. Mieux communiquer avant et après l'écriture de ce projet auprès du personnel, des usagers et du public permettrait de lever l'impression de secret et d'opacité autour des décisions médicales et administratives organisant la vie de service.

Toutefois, une réelle consultation en amont des équipes concernant les priorités et le sens du projet médical de service semble importante. La réflexion et l'investissement de chacun pourraient être utilisés pour créer un projet fédérateur et motivant pour les équipes.

5.3 Mieux définir les rôles de chacun dans la démarche de promotion de la bientraitance

Cette proposition est liée à la nature intrinsèque de la démarche pour le développement de la bientraitance. La bientraitance est individuelle par le fait qu'elle sollicite la volonté et la motivation personnelle de chaque personne pour s'inscrire dans une démarche active de promotion de la bientraitance. Mais celle-ci est aussi institutionnelle : elle ne peut exister et être pérenne que si elle est pensée et soutenue par l'équipe et le management.

Il est donc important d'aider chaque membre du groupe à définir et différencier les démarches qui sont liées à sa fonction dans l'institution et sont spécifiques à cette dernière de celles qui incombent au groupe et relèvent ainsi de l'institution.

De nombreux professionnels ont exprimé leur impression de ne pas avoir suffisamment de temps à consacrer au relationnel avec les usagers ou de ne pas pouvoir s'investir autant qu'ils

le souhaiteraient dans celui-ci. Leur impression, où le *cure* prendrait le pas sur le *care*, pourrait être expliquée par l'association entre divers éléments que nous allons développer ici.

D'une part, l'effectif limité entraîne la nécessité de définir clairement les missions de chaque corps professionnel tout en maintenant une certaine souplesse. Le turn-over rapide du personnel impose de former régulièrement de nouveaux arrivants. Ces changements fréquents ont pour corollaire l'existence d'un temps d'adaptation pendant lequel le service ne dispose pas de tous ses membres pour effectuer le travail habituel. De plus, ce renouvellement fréquent des équipes pourrait nuire à la constitution d'une culture commune et d'une cohésion forte. Toutefois, l'arrivée de nouvelles personnes dans le service a aussi un effet positif. En effet, les expériences professionnelles individuelles acquises dans d'autres unités de psychiatrie ou dans d'autres services médico-sociaux enrichissent la base commune de connaissances et apportent un savoir-faire supplémentaire à l'équipe.

D'autre part, les connaissances et les vécus acquis au fil des expériences personnelles et professionnelles « nourrissent » tout professionnel travaillant en psychiatrie et l'aident à trouver une position soignante en adéquation avec les besoins de chaque patient. Cette expérience lui permet aussi de mieux comprendre les mouvements psychiques institutionnels pouvant intervenir dans la relation soignant-soigné. Ce savoir, acquis avec le temps, mérite d'être transmis aux jeunes diplômés afin de les aider dans les questionnements et les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs pratiques, souvent éloignées de la théorie qui leur a été enseignée durant leur formation. Un décret ayant mis un terme à la formation séparée des infirmiers en psychiatrie, les infirmiers ayant suivi cette formation, et disposant souvent d'une expérience et de bases théoriques solides, sont soit à la retraite soit proches de la retraite. Ils sont donc moins à même de transmettre leur « savoir » aux jeunes générations dans les unités de secteur. Dans cet esprit, un véritable travail de « compagnonnage » devrait être développé et valorisé dans les équipes.

Cependant, les infirmiers ne sont pas les seuls pouvant tirer des bénéfices de ce « compagnonnage ». Les jeunes médecins, psychologues, aides-soignants... confrontés à la souffrance psychique, à la violence et aux nombreuses contradictions entre théorie et pratique, notamment sur le plan éthique, pourraient y trouver un soutien important.

Par ailleurs, de nombreux membres du personnel se plaignent de ne pas pouvoir proposer plus d'activités thérapeutiques aux patients. Les outils thérapeutiques sont variés en psychiatrie ; les soins devraient donc utiliser des moyens complémentaires s'intégrant dans un projet de soins personnalisé pour chaque patient : biologique avec traitement médicamenteux, thérapie

institutionnelle, thérapie individuelle mais aussi activités thérapeutiques visant à augmenter l'autonomie du patient.

Parmi ces moyens, les activités thérapeutiques proposées par les ergothérapeutes ou les psychomotriciens visent à permettre aux usagers de mieux se servir de leurs capacités cognitives ou physiques. Certaines de ces activités pourraient bénéficier d'une adaptation et être ainsi proposées dans le service par d'autres professionnels qui auraient suivi une formation préalable.

Une réflexion avec les personnels formés et qualifiés – arthérapeute, ergothérapeute, psychomotricienne et l'ensemble du personnel – serait utile pour préciser les rôles de chacun et créer une vie de service plus enrichissante pour les usagers. La mise en place d'activités clairement identifiables pour tous et par tous, soignants et soignés, pourrait y contribuer.

Nous ne pouvons agir directement sur le manque d'attractivité des postes paramédicaux en psychiatrie : ceci nécessiterait une politique de déstigmatisation de la psychiatrie et de valorisation des métiers du *care*. Cependant, au niveau de l'institution et de chaque service, des mesures pour limiter les effets de cette pénurie sur la qualité des soins sont possibles.

Ainsi, améliorer l'accueil, le cadre de travail et aider les professionnels travaillant en psychiatrie à s'épanouir dans leur travail devraient être des préoccupations fondamentales du management. De plus, définir chaque poste et les missions attribuées à celui-ci tout en maintenant une entraide entre les différents professionnels semble essentiel pour permettre à chacun d'effectuer les tâches dont il est responsable et de dégager les autres membres de l'équipe de cette responsabilité.

Soulignons qu'une amélioration des conditions de travail pourrait ainsi conduire à plus de disponibilité chez tous les acteurs du soin. Cette disponibilité permettrait de développer une démarche active de promotion de la bientraitance.

5.4 Réflexions autour de la protocolisation des soins

L'existence et l'utilisation de protocoles clairs expliquant les actes et mesures à prendre dans des situations spécifiques, notamment d'urgence, rencontrées régulièrement en secteur fermé hospitalier ont pour but d'aider les équipes à avoir un savoir-faire commun et à effectuer un « bon soin ». Leur existence est ainsi cadrante et sécurisante.

La mise en place de protocoles pour réguler certaines pratiques thérapeutiques limitant la liberté individuelle de la personne hospitalisée en psychiatrie – contention, chambre d'isolement – est

relativement récente. Elle fait suite à plusieurs lois dont celle de janvier 2016 qui a mis l'accent sur le respect des droits des personnes hospitalisées et a souligné le caractère exceptionnel des mesures de privations de liberté. Désormais, cette loi encadre juridiquement de manière stricte les décisions de restriction des libertés en ordonnant leur inscription dans un registre spécifique et la mise en place d'une surveillance adaptée à l'état clinique du patient.

Cet encadrement des soins vise à garantir que les mesures de privation des libertés soient guidées par le soin et non guidées par le confort des équipes ou un jugement moral. La mise en œuvre de ces mesures doit donc suivre certaines règles : faire suite à une décision médicale, viser l'amélioration de l'état clinique du patient, ne pas être une mesure punitive – retour de fugue ou refus de traitement – et ne pas être utilisée par manque de moyens – manque de personnel disponible pour surveiller un patient, manque de chambres. Le but de ces protocoles est de limiter l'emploi abusif de ces pratiques et de donner du sens à la prise en charge tout en soulignant le caractère exceptionnel de la privation de liberté.

Cependant, ces mesures n'ont de sens que si elles sont investies par les soignants. Ainsi, les professionnels de santé doivent être formés à ces protocoles et à l'intérêt de leur utilisation intelligente dans une démarche visant le respect de la personne hospitalisée.

A l'heure actuelle, la validation, de manière informatisée, des actes de surveillance – pluri-hebdomadaire pour la contention ou la chambre d'isolement – ou de prise de traitement est chronophage pour les personnels qui ont parfois du mal à accepter d'avoir, de ce fait, moins de temps pour l'écoute et le relationnel avec les patients. Aussi, les paramètres informatiques sont parfois reconduits de manière « automatique » par les soignants sans qu'une réelle évaluation n'ait eu lieu. Il nous semble important de rappeler que chaque acte de soin engage la responsabilité du soignant l'ayant prodigué.

Cette frustration et ce manque de disponibilité envers les autres patients du service peuvent conduire d'une part à une moins bonne perception par l'équipe de leur propre agressivité et d'autre part à une moins bonne perception des états d'agitation ou d'angoisse des patients. Le risque de violence est alors majoré au sein du service.

Une démarche de bientraitance passe donc par une responsabilisation des professionnels quant à leurs actes de soin mais aussi de l'institution. Il s'agit ainsi de souligner des notions fondamentales du soin : le respect de l'autre, de sa dignité et la responsabilité de chacun dans le « bon » soin.

Ainsi, la protocolisation des soins a participé à la forte diminution des pratiques abusives mais il faut éviter tout angélisme quant à la situation actuelle qui reste perfectible. Les protocoles,

pour être sécurisants et orientés vers la bienveillance du patient, ne doivent pas être vidés de leur sens. Leur utilisation ne doit pas faire oublier la place du relationnel ou rendre l'autre objet des soins.

De plus, on assiste à une multiplication du nombre de protocoles dans les établissements hospitaliers et les secteurs de psychiatrie ne sont pas exempts de cette tendance.

Ces protocoles s'ajoutent souvent à une charge administrative déjà conséquente en temps et en énergie. En effet, cette charge administrative a été alourdie par les nouvelles lois concernant les droits du patient. Ainsi, le devoir d'informer et d'expliquer aux usagers leurs droits et la procédure lors du passage devant le juge des libertés pour tout patient hospitalisé sans son consentement mais également fournir la preuve que ces informations ont bien été données incombent au corps soignant.

Cette bureaucratie nécessaire va dans le sens de l'amélioration de la qualité des soins. Cependant, les effectifs n'ayant pas été augmentés, cette charge administrative affecte le temps auparavant dévolu au soin à proprement parler. Par le temps et l'énergie qu'elle demande aux soignants, elle laisse peu de place pour l'imaginaire et la créativité des soignants.

Soulignons que l'imagination et la créativité des soignants sont mises en avant par la thérapie institutionnelle et constituent des éléments fondamentaux dans les soins aux patients souffrant de troubles psychiques ou de névroses graves. En effet, le soin devrait pouvoir être, dans l'idéal, réinventé pour chaque patient.

« Malheureusement, dans la plupart des structures hospitalières, la bureaucratie prend une telle ampleur qu'il y a atrophie collective de la tuché, du désir inconscient, du transfert multiréférentiel, du transfert dissocié, des fantasmes... »

(Oury, 2010)

Il serait important d'organiser une réflexion de fond pour évaluer l'organisation des soins et les pratiques concrètes des professionnels ainsi que leur adéquation aux préconisations des nombreux textes réglementaires régissant les soins en santé mentale.

En effet, trouver un juste milieu entre l'exigence des protocoles et le maintien d'une disponibilité psychique des soignants pour pouvoir aller à la rencontre de l'Autre et maintenir une dynamique créatrice nécessite un travail régulier. Ce travail nécessite une collaboration étroite entre les équipes et le management.

5.5 Aider les soignants à distinguer les différentes réunions, leur contenu et objectifs

A l'hôpital psychiatrique, il existe plusieurs formes de réunion d'équipe. Chacune d'entre elles a un objectif principal différent : transmission d'information, analyse des mouvements contre-transférentiels institutionnels, formation continue ou questionnement autour de la conformité de l'organisation de l'institution.

Malgré le fait qu'elles empiètent sur le temps disponible pour aller à la rencontre des personnes hospitalisées, ces réunions ont une place centrale pour le bon fonctionnement institutionnel. Ceci est souligné par Nicole Cano dans son mémoire intitulé « Fondements éthiques de la psychothérapie institutionnelle » :

« C'est en réunion que peuvent être reliées, articulées toutes les dimensions de l'existence du malade et les diverses possibilités d'être ressenti d'une manière différente par l'entourage. Ces aspects sont mis en présence et il s'ensuit des mises au point, sur le plan conscient, dans toute l'équipe, à l'égard des relations du patient »

(Cano, 2006)

Ces réunions permettent de veiller à la cohérence des prises en charge et au respect des notions éthiques fondamentales dans les pratiques.

Il existe actuellement dans le service de psychiatrie où nous avons mené notre étude, deux types de réunions pluridisciplinaires. Voici une présentation succincte de leurs caractéristiques principales :

- Les transmissions soignantes :
 - Rythme : 3 fois par jour, au moment de la relève paramédicale
 - Contenu : vie du service, événements importants pour les patients.
 - Durée : variable, de 30 minutes à 1 heure en fonction du moment de la journée, des équipes et des informations transmises.
 - Personnel présent : infirmiers et aides-soignants de manière systématique, médecins et cadre en fonction de leur présence, des habitudes de chacun et du moment de la journée. Il est à noter le peu de management médical ou infirmier présent lors des relèves du matin et du soir.
- Réunions cliniques :
 - Rythme : celui-ci a été modifié récemment avec une augmentation de sa régularité en instaurant des réunions cliniques même en périodes de vacances scolaires. Il est

de 1 fois par 2 semaines dans 2 des unités de l'étude et de 1 fois par semaine dans l'autre unité.

- Contenu : prise en charge médicale et sociale de chaque patient hospitalisé pour organiser un projet individualisé et adapté.
- Durée : en principe 1h30 mais souvent plus longue notamment dans les unités où le rythme des réunions est moins soutenu.
- Personnel présent : médecins, infirmiers, aides-soignants, agents hospitaliers qui le souhaitent, psychologue, assistantes sociales, ergothérapeutes et psychomotricienne.

Une réflexion sur les modalités de ces réunions afin de mieux répondre aux exigences d'une démarche vers la bientraitance est nécessaire. En effet, l'élaboration d'un projet personnel individualisé pour chaque patient demande du temps de réflexion avec la mise en commun des connaissances de tous les professionnels intervenant dans la prise en charge. Ainsi, les capacités d'autonomie dans la toilette, l'habillage sont mieux connues par les aides-soignants, la prise et l'observance du traitement par les infirmiers, la psychopathologie sous-jacente aux troubles par le médecin, la situation sociale par l'assistante sociale... Toutes ces connaissances réunies permettent de proposer et d'adapter régulièrement le projet de soins aux besoins de la personne hospitalisée.

« La dimension collective du travail a un impact sur la qualité de l'accompagnement des personnes ; elle est déterminante pour garantir une prise en charge qui dépende le moins possible d'un seul professionnel et de ses projections. »

(ANESM, 2010c)

Au vu des durées actuelles d'hospitalisation, bien plus courtes que par le passé, la situation clinique de certains patients n'a jamais l'occasion d'être évoquée en réunion clinique. En effet, certains patients sortent rapidement et, par conséquent, leur projet de soins ne peut être le fruit d'une réflexion d'équipe.

D'autre part, la longue durée de ces réunions ne permet pas à tous les participants de rester concentrés jusqu'au bout de celles-ci. En effet, ces réunions ont lieu dans deux des unités en début d'après-midi pour permettre au plus grand nombre d'y assister mais débordent souvent dans l'après-midi. Le personnel doit donc régulièrement étendre ses horaires de travail pour assister à l'ensemble de la réunion. Il serait donc bénéfique pour le bien-être des équipes et des usagers d'engager une réflexion autour des modalités pratiques de cette réunion. Augmenter le

rythme des réunions cliniques à une fois par semaine et réduire leur durée pourraient constituer des pistes de réflexions intéressantes.

Par ailleurs, des questions portant sur l'organisation des soins sont souvent mises en avant durant ces réunions et peuvent prendre un temps et une place importante dans l'esprit des membres de l'équipe. Formaliser une réunion institutionnelle de manière régulière permettrait aux équipes d'avoir un lieu de parole pour traiter les questions d'organisation du service et permettre un questionnement éthique :

« L'enjeu repéré est celui de créer les conditions d'un espace et d'un temps de débat collectif construit, ouvert et non utilitariste ; organisé et préparé par les professionnels et entre des professionnels qui sont pris dans des rapports de travail, de pouvoir et de savoir. Cet espace-temps étant consacré à explorer la conception même de la mission, les finalités de l'action, les valeurs et les normes qui y sont concrètement à l'œuvre ; en un seul concept, rendre visibles les orientations qui sous-tendent les pratiques. »

(ANESM, 2010a)

La réunion clinique serait ainsi libérée de ces enjeux institutionnels et pourrait retrouver sa fonction primaire centrée autour du patient.

5.6 Mieux prendre en compte la fragilité somatique des patients hospitalisée

Un médecin généraliste travaille à mi-temps dans le service. Il est sollicité par les équipes soignantes lorsqu'un patient présente un symptôme somatique mais aussi lorsqu'il est nécessaire de faire la part entre somatique et psychique, les deux pouvant être liés. Son bureau se situe dans un service regroupant des spécialités médicales hors psychiatrie permettant de faciliter la prise en charge de la majorité des pathologies somatiques au sein même de l'établissement. Ainsi, des consultations de neurologie, cardiologie ou encore radiologie existent et sont accessibles facilement.

Le médecin généraliste dispose également dans chaque unité d'un bureau médical adapté pour examiner les patients. Il intervient de manière ponctuelle lors d'un trouble somatique aigu, assure le suivi des comorbidités somatiques des patients ou encore aide à établir et suivre des protocoles dans le service lors de l'instauration de certains traitements ou lors de leur suivi. Ces protocoles peuvent inclure des bilans biologiques, des bilans radiologiques, des mesures hygiéno-diététiques, etc.

Cette place importante de la médecine somatique dans la prise en charge des patients hospitalisés en psychiatrie est à souligner et valoriser. En effet, les patients souffrant de maladies mentales ont souvent des comorbidités et leur mortalité en est affectée :

« Au-delà des problèmes de santé mentale, la population des personnes suivies en psychiatrie, telle qu'elle a été repérée dans l'enquête « Handicap, Incapacités, Dépendance » de l'INSEE 1, apparaît globalement en plus mauvaise santé physique que le reste de la population : ainsi l'on constate, chez les personnes hospitalisées, une surmortalité par rapport à la population du même âge, ainsi qu'une mobilité limitée. L'ensemble des personnes suivies régulièrement pour troubles mentaux déclare en outre, en plus des déficiences psychiques, davantage de déficiences physiques, motrices, métaboliques que la population générale. »

(Cases et al., 2004)

Pour le moment, le médecin généraliste ne participe pas aux réunions cliniques au sein de chaque unité. Mieux l'intégrer à la dynamique institutionnelle du service serait bénéfique à l'interdisciplinarité des réunions. De plus, cette présence permettrait d'avoir un avis extérieur prenant mieux en considération la fragilité somatique des personnes hospitalisées et apporterait une aide décisionnelle pour établir un projet personnel de soins adapté aux besoins de la personne hospitalisée.

Il est évident que le fait que le médecin généraliste travaille dans plusieurs unités et parfois services ne lui permet pas d'assister à toutes les réunions cliniques de chaque service. Convier le médecin généraliste à des réunions cliniques spécifiques où les prises en charge des patients ayant des comorbidités somatiques seraient abordées et clarifiées permettrait de réduire la mortalité des patients hospitalisés en psychiatrie. Les modalités de participation et d'intervention du médecin généraliste au sein de la réunion clinique restent à définir après une concertation commune entre les membres de l'équipe et celui-ci. La mise en place de cette réunion et l'amélioration des pratiques associées constitueraient une démarche s'inscrivant dans le développement de la bientraitance dans le service.

Chapitre 6 : Des instances visant la bientraitance définies et visibles

La nécessité d'organiser des espaces de réflexion éthique au sein des établissements médicaux et médico-sociaux est communément admise. La loi française rend la création d'instances éthiques obligatoire depuis la loi de 2002. Cette obligation a été renforcée par la loi de 2011.

Cependant, l'existence de ces instances n'est pas suffisante en elle-même. Les institutions doivent donner à ces instances les moyens nécessaires pour garantir la représentation de tous les acteurs du soin (professionnels et usagers), leur indépendance par rapport à la politique interne et externe et émettre des avis lisibles et visibles par tous.

« Dans cette perspective, le risque représenté par la réduction des questions éthiques à une démarche de codification pourrait être dépassé par l'aménagement d'espaces de débat permanent au sein même des institutions sociales et médico-sociales. »

(ANESM, 2010a)

6.1 Une instance de réflexion éthique

6.1.1 Eléments généraux

Un même établissement peut s'appuyer sur plusieurs types d'instances ayant pour but une réflexion autour de l'éthique. En effet, une commission éthique à l'intérieur de l'établissement ainsi qu'une instance extérieure commune à plusieurs structures ou à un territoire peuvent être complémentaires pour répondre aux questionnements éthiques des professionnels de l'établissement. D'autres instances, sans être totalement axées ou formalisées vers une réflexion éthique permettent de développer celle-ci en facilitant la parole et en valorisant les points de vue de tous les acteurs du soin au sein de l'établissement. Nous développerons par la suite l'intérêt de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), des réunions soignants-soignés et des experts d'expérience.

Ces lieux de réflexion doivent être bien repérés par les soignants et les usagers. Pour ce faire, ils doivent être mis en valeur par l'institution par toutes les voies de communication disponibles : intranet et affichage interne, diffusion et promotion par le management pour les professionnels d'une part, et d'autre part, inscription dans le livret d'accueil, affichage dans les services pour les usagers.

Ces instances doivent, pour s'inscrire dans une démarche éthique de qualité, répondre à un ensemble de critères que ce soit dans leur forme ou dans la méthodologie employée.

Leur forme :

- Ces instances, par la possibilité pour les membres de toutes les professions représentées dans l'établissement d'assister et de participer aux réunions, doivent garantir une approche pluridisciplinaire.

- Ces instances, pour soutenir le bon fonctionnement de chacune d’entre elles, doivent être régies par un règlement intérieur. Le règlement doit être établi conformément aux textes en vigueur en tenant compte de la réalité du terrain (locaux, organisation des réunions en fonction de la disponibilité...) et si possible après une consultation éthique incluant des personnes extérieures à l’institution pour valider celui-ci. Le règlement doit apporter des précisions concernant : le nombre de personnes participant à l’instance ainsi que la méthode choisie pour les élire ou les désigner, la manière dont la représentation pluridisciplinaire est garantie, le nombre de réunions par an, ses missions et les moyens de la saisir, etc.
- Ces instances doivent garantir de la liberté de parole avec une organisation égalitaire de la parole et non une organisation hiérarchique.
- Ces instances doivent assurer de bonnes conditions de confort et le respect de la confidentialité des réflexions menées.

La méthodologie :

- Recueillir l’ensemble des données auprès de tous les intervenants, en veillant à avoir une vision globale prenant en compte le vécu et l’avis de chacun ainsi que le contexte institutionnel et les éventuels enjeux sous-jacents.
- Veiller à ce que la question soumise à l’instance éthique soit effectivement le réel problème rencontré et non là uniquement pour éluder un autre problème.
- Permettre à chaque personne concernée de donner son avis et de bénéficier d’une écoute empathique et bienveillante.
- S’assurer que l’ensemble des intervenants sont disposés à accepter l’avis de l’instance et ses conséquences.

6.1.2 Eléments propres à l’instance éthique de PGV

Pour comprendre la place d’un comité éthique local dans la promotion de la bientraitance, il est important de bien saisir sa mission au sein de l’institution :

« En tant qu’organe de réflexion, la mission d’un comité local d’éthique hospitalier est double : d’une part, définir la ligne éthique de la pratique d’une institution hospitalière (point a), d’autre part, apporter une aide à la décision lorsqu’un médecin, ou plus largement toute personne travaillant au sein de l’établissement hospitalier, rencontre des difficultés d’ordre éthique dans une démarche diagnostique ou le traitement d’un patient. »

(Mathieu et al., 2013)

Au sein du groupe hospitalier PGV, il existe une instance éthique interne : le comité d'éthique. Créé en 2012, il est présidé depuis par le Docteur Paul Jean-François qui a participé activement à sa création, à la définition de ses missions et au maintien de sa neutralité. Le comité d'éthique est régi par un règlement intérieur (annexe 4) qui répond à la plupart des conditions permettant une démarche éthique de qualité. Cependant, quelques lacunes sont à soulever : le choix des représentants ne semble pas garantir une accessibilité à tous, la représentativité égalitaire de tous les corps professionnels ne paraît pas établie et l'ouverture sur l'extérieur n'est que partielle.

Lors des entretiens, une grande majorité des professionnels travaillant à l'hôpital PGV disaient connaître l'existence du comité éthique de l'hôpital Paul Guiraud. Toutefois, ils ne le citaient pas d'eux-mêmes parmi les mesures mises en place par l'établissement pour améliorer la bienveillance des usagers. En effet, la plupart des professionnels ne connaissaient ni ses fonctions, ni la manière de le saisir, ni sa composition ou la manière d'y participer s'ils le souhaitent. Par conséquent, cet espace semble peu ou pas investi par le personnel. . Cet « oubli » semblerait donc lié à l'absence de lisibilité quant aux missions de cette instance éthique.

Nos propositions s'articulent donc autour d'une réflexion visant à rendre les objectifs du comité d'éthique ainsi que son fonctionnement plus visibles et lisibles. Une des priorités nous semble être la mise en place d'une information claire explicitant son fonctionnement, ses missions ainsi que la création d'une procédure pour le saisir.

En effet, le règlement intérieur régissant le fonctionnement du comité éthique doit être accessible à tous : personnel, usagers, proches des usagers et grand public. Il doit donc être disponible à la fois sous forme papier dans les unités et sous forme numérique sur les sites internet et intranet de l'hôpital. L'existence de cette instance et son rôle consultatif doivent aussi apparaître clairement dans les différents supports présentant l'établissement. Certains éléments essentiels doivent apparaître explicitement :

- Sa constitution :
 - la liste des membres du comité d'éthique et la profession de chacun d'entre eux,
 - la liste des professionnels ayant participé aux différentes réunions du comité,
 - la procédure pour demander à participer à cette instance et la procédure de nomination des membres du comité.
- Ses missions :
 - la définition claire des missions du comité d'éthique,

- la méthodologie utilisée par le comité pour parvenir à un avis,
- les moyens dont dispose le comité pour travailler dans de bonnes conditions.
- Les moyens de recours possibles :
Formaliser les moyens pour saisir le comité d'éthique afin de permettre aux professionnels et aux usagers de suivre cette procédure lisible et claire quand cela leur semble nécessaire. Ainsi, un document sous forme papier et numérique accessible à tous, dans les services et sur les sites internet et intranet de l'hôpital, pourrait être mis en place pour permettre à chacun de saisir facilement le comité éthique. Il reviendra ensuite au comité d'éthique d'évaluer la demande et de décider s'il est compétent ou non en la matière en expliquant ses motifs.

Ces mesures simples permettraient d'identifier clairement cette instance consultative. Ainsi définie, elle constituerait un outil solide pour aider à la mise en œuvre d'une démarche éthique dynamique au sein de l'établissement. Elle pourrait donner un avis consultatif éclairé prenant en compte la complexité des situations rencontrées en psychiatrie, lorsque les lois et les réglementations ne suffisent pas.

Aujourd'hui, le comité éthique est uniquement composé de représentants travaillant dans l'institution. Nous souhaitons souligner l'intérêt d'ouvrir ce comité vers l'extérieur. En effet, introduire un tiers comme observateur régulier des pratiques institutionnelles au sein de l'établissement est préconisé par certains « chercheurs » en éthique :

« Dans les propos de Didier Sicard, ancien président du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), nous retrouvons cette exigence d'un apport externe à la réflexion des structures : « Il faut que le questionnement éthique d'une structure quelle qu'elle soit, soit ouvert à d'autres (...) que le personnel de l'établissement. On a son objet d'étude et on finit par perdre le rapport avec ce que la société a à dire. [...] Ce qui manque dans le secteur social et médico-social ce sont des structures qui font confiance à l'intrusion d'autres personnes (...) les problèmes du secret, ça se travaille, rendre abstrait le cas, parler en termes généraux (...) mais qui permettrait que les professionnels de ces centres confrontent ses sentiments avec des gens extérieurs »

(ANESM, 2010a)

Cet intervenant tiers interviendrait au sein de l'instance éthique déjà existante et jouerait un rôle de modulateur pour aider les membres du comité à avoir une vision plus neutre de la problématique proposée. Actuellement, le règlement intérieur du comité d'éthique prévoit qu'une personne extérieure puisse assister aux réunions de l'instance. Modifier ce règlement pour instaurer la présence permanente d'un tiers au rôle défini pourrait aider à la neutralité de la réflexion éthique en la libérant d'éventuels conflits interpersonnels.

« Beaucoup d'établissements pensent répondre au besoin de médiation en mobilisant leurs psychologues ou leurs cadres [...]. Quelle que soit leur qualité, dans un certain nombre de cas, leur insertion dans le système limitera leur capacité d'intervention, car l'extériorité du médiateur peut seule remplacer une situation binaire, par une posture ternaire dynamisante. »

(Guillaume-Hofnung, 2006)

L'aide d'une instance éthique extérieure, source complémentaire d'ouverture sur l'extérieur, pourrait être sollicitée en cas de situations se prêtant à une réflexion éthique et dans lesquelles le comité éthique se sentirait dépassé pour quelque motif que ce soit.

En effet, les commissions de réflexions éthiques au sein d'un établissement disposent parfois de libertés et de capacités limitées par des enjeux institutionnels internes à la structure : rivalités personnelles, conflits sociaux ou entre certains corps professionnels, ou même entre certaines conceptions idéologiques...

Faire appel à une aide extérieure pour permettre une nouvelle dynamique d'échange et de travail éthique peut être utile. Un regard extérieur est souvent bénéfique à l'instauration d'une réflexion plus objective sur les pratiques internes et les valeurs institutionnelles. Ce regard extérieur peut se faire par le biais d'un organisme extérieur commun à plusieurs établissements ou un organisme indépendant intervenant au niveau régional ou national.

« Les instances d'hétérorégulation peuvent constituer aussi bien des espaces supra-institutionnels que des espaces « tiers » au sein d'une seule institution et sont généralement interpellés « lorsque le niveau interne de concertation ressent le besoin d'une médiation externe ».

(ANESM, 2010a)

Cependant, les avis formulés par ces instances externes à l'établissement sont parfois mal perçus par les soignants qui les vivent comme un jugement porté sur leurs pratiques. De plus, ces avis méconnaissent parfois la complexité de certaines situations ou ne peuvent rendre des avis impartiaux car impactés par les politiques de santé sur le plan national ou régional.

Il n'existe donc pas d'instance éthique parfaite. Rendre l'instance existante visible et plus efficace tout en lui donnant les moyens d'avoir une position neutre et bienveillante envers tous les acteurs du soin semble la priorité. Dans un second temps, chercher des appuis extérieurs pour étayer la réflexion éthique interne constituerait une démarche intéressante.

Ces propositions ont pour objectif de permettre aux soignants une meilleure représentation de cette instance éthique et ainsi les aider à se l'approprier. La réflexion éthique, en étant ainsi démocratisée, s'inscrirait dans une démarche de promotion de la bientraitance.

6.2 Des instances portant la parole des usagers

Offrir aux usagers de l'établissement un ou plusieurs lieux de parole afin de leur permettre d'exprimer leurs avis, leurs idées et leurs critiques est nécessaire pour assurer la juste représentation de tous les acteurs du soin au sein de l'établissement.

« De ces contributions il émerge comme une évidence l'importance d'associer les usagers et leur environnement proche à la démarche éthique de délibération. Si l'on se réfère aux expériences étudiées dans cette analyse documentaire, l'implication réelle des usagers aux instances éthiques se différencie principalement selon deux modalités :

- *une implication indirecte des usagers par le point de vue que les professionnels peuvent apporter au nom et grâce à leur relation privilégiée avec eux ;*
- *une implication directe des personnes par la promotion de leur expression dans des lieux expressément consacrés à cela. »*

(ANESM, 2010a)

6.2.1 Une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

La mise en place de la CRUQPC dans les établissements médicaux et médico-sociaux a été instaurée par la loi de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Cette commission vise à donner la parole aux usagers. Elle s'inscrit, en reconnaissant les usagers en tant que partenaires dans le soin et leur capacité à réfléchir et à avoir un regard sur la structure qui les accueille, dans une démarche de bientraitance.

Son rôle est de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches pour les litiges ne nécessitant pas le recours à des instances judiciaires.

A Paul Guiraud, la CRUQPC, créée en 2012, dispose d'un règlement intérieur et se réunit quatre fois par an.

Les modalités pour la saisir, sa composition et les possibilités de recours extérieurs en cas de désaccord avec entre l'utilisateur et l'avis du comité sont expliquées sur le site internet de l'établissement et donc accessibles à tous.

De plus, elle est clairement inscrite dans les instances consultatives de l'hôpital Paul Guiraud.

Les réunions de la CRUQPC ont permis d'améliorer l'information des usagers par la création de livrets portant sur les soins sans consentement, par l'élaboration d'une plaquette explicative sur l'accès aux données du dossier médical...

Ces réunions ont abouti à la création d'un observatoire de la violence afin de sensibiliser personnel et usagers et de proposer des mesures pour limiter celle-ci le plus possible.

Des actions pour pérenniser le dispositif et l'enrichir ont été mises en place, d'autres sont en cours de réflexion.

Cependant seuls trois soignants ont cité cette commission dans les mesures mises en place par l'établissement dans une démarche de bientraitance. Cette difficulté à envisager le droit des usagers et à les associer à une réflexion sur la bientraitance est soulignée dans l'étude du groupe de travail FORAP-HAS sur la bientraitance « État des lieux 18 mois après la sortie du guide et des outils : « Promouvoir la bientraitance en établissement de santé et EHPAD » » publiée en 2015 :

*« Alors que le guide FORAP - HAS insistait largement sur la place des usagers et le rôle central de la CRUQPC et du CVS dans le déploiement d'une politique de bientraitance, les résultats de l'enquête montrent clairement que les usagers et leurs représentants ont été les grands oubliés des démarches. »
(FORAP-HAS, 2015)*

On peut dès lors s'interroger sur la visibilité et l'investissement réel de cette instance par l'ensemble des professionnels du groupe hospitalier PGV. Il existe en effet deux possibilités : soit le professionnel ne connaît pas l'existence du comité soit il ne fait pas de lien entre son existence et une démarche vers la bientraitance.

Au risque de nous répéter, il semble important dans une démarche institutionnelle vers la bientraitance de la rendre visible aux yeux de l'ensemble des professionnels et les aider à se l'approprier.

Proposer aux membres de la commission d'intervenir auprès des équipes dans les unités pour présenter le fonctionnement et les missions de la CRUQPC lors d'une réunion dédiée ou d'une réunion institutionnelle peut aider à atteindre ses objectifs.

De manière plus large, cette présentation peut également être intégrée aux formations continues proposées dans l'établissement.

Il est à noter que l'article 183 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit l'évolution des CRUQPC : les CRUQPC deviennent des CDU ou Commissions des usagers. En plus d'une simplification du nom rendant sa diffusion et sa mémorisation beaucoup plus aisées, cette commission voit ses prérogatives élargies, ce qui devrait contribuer à davantage de visibilité au sein de l'établissement. La transformation CRUQPC-CDU devrait avoir lieu avant la fin de l'année 2016.

6.2.2 Des réunions soignants-soignés dans le service

La CRUQPC est un comité représentant les usagers commun à l'ensemble de l'établissement psychiatrique PGV et donc à l'ensemble des pôles dont est constitué l'établissement. Or chaque pôle a des spécificités que ce soit sur le plan théorique, de l'organisation des soins, des moyens disponibles et de la manière dont ils sont utilisés...

« Afin d'être au plus près de l'objectif préconisé par l'OMS concernant l'empowerment des usagers, et de proposer des services plus adaptés à leurs besoins, il est apparu nécessaire d'intégrer les usagers du service, bénéficiaires directs des soins et de l'accompagnement, dans le processus décisionnel du pôle, à tous les niveaux : de la création d'un groupe de travail, en passant par la construction d'un projet, jusqu'à la validation finale. La participation des usagers doit pouvoir pointer des dysfonctionnements relevés par ceux-ci, mais aussi faire émerger des idées et des propositions venant d'une connaissance de terrain. »

(Beetlestone et al., 2015)

Les réunions soignants-soignés sont un lieu de travail et d'échange entre usagers et professionnels dans chaque service. Ces moments de discussion doivent permettre à l'utilisateur de se réapproprier son statut de citoyen en lui donnant une place active dans la vie du service. Un règlement intérieur peut aider à réguler ces réunions où des débordements occasionnels peuvent avoir lieu : prises de paroles intempestives, évocation de problèmes personnels, etc.

Il existe diverses formes de réunions soignants-soignés : réunion animée par un psychologue, un médecin ou en autre membre de l'équipe soignante, présence ou non de cadre de santé ou des professionnels paramédicaux, sujets de discussion libres ou prédéfinis... Une réflexion avec les professionnels et les usagers de chaque unité est nécessaire pour définir les modalités qui correspondent le mieux aux attentes de la majorité.

Un des moyens pour favoriser la participation aux réunions et permettre à l'utilisateur de s'exprimer selon son souhait, de manière anonyme ou non, est la mise à disposition d'une boîte à idées par unité et de papier (et crayon) pour que l'utilisateur puisse y inscrire et partager ses idées.

« Des fiches « suggestions/réclamations » en format papier sont disponibles dans les différents lieux de soins du service. Les usagers peuvent les remplir de manière anonyme ou non. Elles sont remises dans des « boîtes à idées » présentes dans les lieux de soins ou aux professionnels du pôle. »

(Beetlestone et al., 2015)

En permettant aux usagers d'évoquer les sujets variés qui les préoccupent et qui leur tiennent à cœur tels les manques ou incohérences dans les soins, les propositions pour améliorer les locaux, les prises en charge ou encore des idées pour innover le « prendre soin » (création de

réunions dans les locaux du service – hôpital ou CMP – d’association d’usagers et d’activités thérapeutiques), la réunion soignants-soignés inscrit le respect de la liberté de parole de tous dans les valeurs du service.

Ainsi, ces réunions contribuent à placer l’usager au centre des soins. Elles font de lui un interlocuteur privilégié pour s’approprier les décisions le concernant et avoir un droit de regard, parfois critique, parfois reconnaissant au sujet du soin qui lui est proposé.

Il s’agit d’une mesure d’*empowerment* de l’usager visant à le rendre acteur de ses soins et de la vie institutionnelle, cette mesure est fortement préconisée par l’OMS et la HAS.

La pérennisation de ces réunions rencontre souvent des obstacles. En effet, ces réunions demandent du temps et de l’énergie aux soignants chargés de l’animer. Il est nécessaire de valoriser cette réunion en expliquant sa fonction aux usagers et aux professionnels et en tenant compte de sa tenue dans l’organisation du reste des activités du service (celles des professionnels et celles des usagers), activités qui ne doivent pas avoir lieu en même temps que cette réunion.

6.3 Les experts d’expérience

Depuis quelques années, le nombre croissant d’associations regroupant des usagers et des proches d’usagers – notamment dans le champ de la psychiatrie –, l’amélioration du respect des droits des usagers ainsi qu’un nouveau rapport aux usagers leur reconnaissant une certaine expertise concernant leurs troubles ont conduit au développement de la notion d’expert d’expérience ou de pair-aidance.

Cette notion repose sur l’entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d’une même maladie, somatique ou psychique.

Le partage d’expérience, du vécu de la maladie et du parcours de rétablissement constituent les principes fondamentaux de la pair-aidance et induisent des effets positifs dans la vie des personnes souffrant de troubles psychiques.

« Pour lever cet obstacle majeur au rétablissement l’intervention des « pairs » est indispensable : la rencontre entre une personne vivant très difficilement ses troubles et une personne bien avancée dans son parcours de rétablissement (le rétablissement est bien un parcours et non un état figé), capable de témoigner de son parcours, va être porteuse d’espoir et amener à penser qu’une vie pleine et entière est possible malgré les troubles et leurs conséquences. L’action de ces « experts d’expérience » pour favoriser le rétablissement des usagers, va au-delà de cette pair-aidance : les échanges entre personnes ayant une expérience du rétablissement en santé mentale (on les nommera « experts d’expérience »)

et les professionnels de la psychiatrie peut aussi venir bouleverser les représentations et modifier en conséquences les pratiques professionnelles. »

(Beetlestone et al., 2015)

Ainsi, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été utilisée pour financer des projets de pair-aidance et notamment le Programme « Médiateurs de Santé/Pairs » (MSP) piloté par le Centre Collaborateur français de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale.

Les avis concernant l'efficacité de cette expérimentation-pilote – inspirée d'expériences à l'étranger, notamment au Québec – sont partagés. Des études sont en cours afin de préciser la portée de cette expérience en intra-hospitalier. L'évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 est en faveur du maintien de cette démarche de médiateurs pairs à condition que celle-ci précise clairement les missions, la formation et la place de ceux-ci auprès des équipes.

Proposer dans les unités d'hospitalisation un accompagnement par des « experts d'expérience » serait une démarche intéressante pour offrir un soutien complémentaire aux personnes hospitalisées en leur offrant un espace pour parler librement de leur vécu, de leurs difficultés ou encore de leurs interrogations avec une personne ayant traversé des étapes similaires dans sa vie.

Cette proposition ne peut être mise en place dans l'immédiat. Elle nécessite au préalable un travail de réflexion et de concertation entre professionnels de santé (la représentation interdisciplinaire est souhaitable) et usagers à ce sujet. Ce travail a pour but une définition précise des modalités organisationnelles dans lesquelles ces interventions pair-aidantes pourraient avoir lieu afin de garantir leur mise en œuvre dans les meilleures conditions possibles.

Chapitre 7 : Éléments propres à la psychiatrie pouvant freiner la démarche vers la bientraitance

La bientraitance, malgré son approche positiviste du « prendre soin », est souvent associée à la maltraitance, sujet souvent sensible chez les professionnels de santé. Ainsi, aborder la bientraitance avec les équipes n'est pas toujours une démarche facile et certaines difficultés sur le terrain devront être surmontées afin de développer et pérenniser la bientraitance au sein du service et de l'établissement.

L'ANESM énumère les obstacles susceptibles d'être rencontrés pour inscrire une démarche éthique interne dans la durée :

« Plusieurs difficultés ont été repérées qui peuvent constituer un obstacle à la pérennisation de ces espaces d'analyse en interne :

- *le poids des rapports des forces et de la hiérarchie ;*
- *la confrontation de différentes logiques qui sont au travail dans les institutions ;*
- *l'exposition des professionnels au jugement par les pairs ;*
- *ainsi que la possible dérive d'enfermement dans cet « entre-nous » protecteur, à l'abri des regards extérieurs. »*

(ANESM, 2010a)

7.1 Une certaine méfiance par rapport à un éventuel regard extérieur

Nous avons souvent entendu le personnel travaillant dans les unités d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale exprimer sa crainte face aux évaluations internes ou externes. La peur principale est que l'évaluation ne soit qu'un prétexte à un jugement et à une remise en question systématique des valeurs et du savoir-faire du personnel. De plus, les évaluations sont assimilées par de nombreux professionnels à une volonté de contrôle des soins par la direction de l'établissement ou par les autorités sanitaires.

Ainsi, en secteur psychiatrique, il existe une réticence à accepter les évaluations.

« Si la conception et l'exploitation des questionnaires bénéficient du professionnalisme des équipes, reste à convaincre les producteurs de données de l'importance d'un recueil de qualité. »

(Cases et al., 2004)

Pour les professionnels, le regard extérieur est forcément porteur d'a priori et suscite donc inquiétude et peur. Il est par conséquent souvent rejeté. Ces ressentis peuvent trouver une explication dans des éléments de l'histoire du secteur psychiatrique et dans la politique de santé actuelle : la stigmatisation ancienne de la maladie mentale s'étendant aux professionnels soignant celle-ci, les représentations imaginaires collectives assimilant l'hospitalisation en psychiatrie à un enfermement dans un asile, l'ambivalence de la société et des politiques face à la santé mentale.

Mais, un autre élément est à prendre en compte : pour une partie du personnel, il existe un fort sentiment d'impuissance par rapport au décalage entre leurs valeurs personnelles, leur envie de bien faire et les moyens dont ils disposent pour « prendre soin » des usagers. L'évaluation est alors vécue par le soignant comme une attaque de ses valeurs fragilisant son identité et son

narcissisme. Ce sentiment de danger semble alors menacer l'intégrité psychique et peut conduire à un refus complet du regard d'un autre sur ses pratiques.

7.2 Un personnel déjà très sollicité

Les personnels soignant et non soignant exerçant dans le champ de la psychiatrie ont dû s'adapter à de nombreux changements survenus récemment. Ainsi, les professionnels doivent faire face à de fortes exigences concernant la qualité des soins mais aussi à une redéfinition de la place du patient dans les soins. Ces évolutions voulues par la société sont accompagnées de mesures visant à contrôler leur application sur le terrain. Ce contrôle implique une évaluation régulière des pratiques ainsi que la nécessité pour l'institution et ses employés de rendre des comptes à des autorités de tutelle.

Ces mesures, dans l'intérêt de la qualité du soin et du respect du patient, s'inscrivent dans une démarche de développement de la bientraitance. Cependant, faire évoluer des pratiques souvent anciennes sollicite beaucoup d'énergie et nécessite des efforts de la part de tous les professionnels. La fréquence des nouveaux textes encadrant les soins en psychiatrie entraîne pour les professionnels des difficultés supplémentaires pour connaître, appliquer et mettre en œuvre l'ensemble des nouvelles préconisations élaborées par les organismes nationaux dans le domaine de la santé mentale.

De plus, les mesures en faveur des droits des patients sont désormais soulignées par l'obligation pour le personnel de prouver qu'il a respecté la législation. Ainsi, les professionnels doivent pouvoir démontrer avoir donné les informations concernant ses droits ou la forme d'hospitalisation au patient ou avoir bien administré les traitements. Cette justification permanente des décisions thérapeutiques et des actions menées encadre les pratiques et limite les abus.

Cependant, ces mesures, rendues possibles par l'informatisation des données, le contrôle par le juge des libertés des certificats rédigés par les médecins et des documents prouvant la remise de l'information au patient sont chronophages. L'informatisation des données ainsi que la rédaction de certificats et la remise de documents administratifs, participent à une démarche vers la bientraitance mais diminuent le temps disponible pour d'autres actions thérapeutiques. Par conséquent, l'inadéquation entre moyens humains et financiers nécessaires au « bon » soin et moyens disponibles sur le terrain semble majorée.

Certains soignants peuvent ainsi se retrouver face à un dilemme : justifier leurs actions ou utiliser leurs savoir-faire et leur savoir-être pour répondre au mieux aux besoins des usagers.

Ce constat peut les conduire à avoir l'impression de ne pas disposer des capacités techniques ou psychiques pour être bientraitants.

Cette impression peut augmenter le risque de burnout, terme anglo-saxon désignant l'usure et l'épuisement professionnel. De nombreuses études ont souligné le risque de burnout chez les professionnels de santé : médicaux et paramédicaux. Ce risque semble majoré en psychiatrie.

Le burnout est défini par la présence des symptômes suivants :

« une triade symptomatique : épuisement physique et psychique, développement d'attitudes négatives ou dépersonnalisation (perte d'empathie vis-à-vis des patients, attitude désagréable avec ses collègues), et sentiments de manque d'accomplissement personnel. »

(Dervaux, 2015)

Ce risque accru peut être expliqué par plusieurs facteurs : la charge affective de l'engagement émotionnel des soignants dans les relations interpersonnelles, base du soin en psychiatrie, mais aussi la stigmatisation de la spécialité et la violence de certains patients.

De plus, les questionnaires et les démarches elles-mêmes visant à améliorer la qualité des soins et la bienveillance des usagers prennent du temps et nécessitent une connaissance des outils employés. Ces outils disponibles, non spécifiques à la psychiatrie, nécessiteraient d'être adaptés aux pratiques professionnelles et une formation à leur utilisation devrait être développée.

« S'ajoutent à ces réserves de fond, des difficultés plus techniques : charge de travail clinique importante et en augmentation constante, vétusté, voire absence d'équipement informatique et/ou de personnel formé à son utilisation. »

(Cases et al., 2004)

Le concept de bienveillance induit chez certains soignants l'impression qu'il existe une seule manière de « bien soigner » et des impératifs moraux forts. Or la mise en pratique des valeurs prônées par la bienveillance demande au personnel du temps et de l'énergie. Leur envie de bien faire et leur investissement dans une démarche vers la bienveillance constitueraient pour les professionnels une charge psychique supplémentaire.

Enfin, la bienveillance semble être un idéal vers lequel tendre mais impossible à atteindre. Confronté à cette réalité, le personnel est exposé à un risque accru de découragement et d'épuisement.

Un juste milieu doit être trouvé entre actions en faveur de la bienveillance des usagers et vigilance pour préserver la santé des professionnels assurant les soins. Souligner l'humanité des soignants et respecter les limites de ceux-ci tant sur le plan psychique que physique semble essentiel pour pérenniser toute démarche de promotion de la bienveillance.

Conclusion

Dans le cadre de cette étude, nous avons présenté une définition de la bientraitance ainsi que des nombreux et différents aspects éthiques, parfois contradictoires, indissociables de cette dernière afin de faciliter la compréhension et l'appropriation de ce concept par tous. Nous avons aussi proposé quelques éléments pouvant expliquer les limites de ce concept.

La bientraitance est un concept éthique complexe et aux limites floues du fait des nombreuses notions éthiques auxquelles il renvoie et de sa définition dépendant du contexte social, historique, politique. L'histoire du secteur psychiatrique et les ajustements auxquels il est confronté actuellement apparaissent comme des éléments d'éclairage nécessaires pour comprendre les enjeux autour de la bientraitance en psychiatrie et en particulier en unité d'hospitalisation fermée d'un service sectorisé de psychiatrie générale.

D'autre part, une partie des difficultés de mise en pratique de la démarche de bientraitance en psychiatrie apparaissent liées à une politique de santé mentale et à la législation encadrant les soins qui semblent avoir du mal à s'emparer de la bientraitance en tant que telle. A travers l'étude des plans de santé mentale, des lois récentes concernant la santé psychique, nous avons constaté que le terme bientraitance est encore peu utilisé et que son utilisation est souvent associée à un champ d'application très réduit par rapport à sa définition complète.

Nous nous sommes également intéressés aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles et aux outils associés proposés par les autorités sanitaires pour l'évaluation interne et externe des pratiques professionnelles dans le champ de la bientraitance pour déterminer leur place actuelle et celle qu'elle pourrait avoir dans une démarche de développement de la bientraitance en psychiatrie.

La maladie psychique a des spécificités, que nous avons détaillées, entraînant un contexte particulièrement à risque de maltraitance dans les services d'hospitalisation de psychiatrie. Ainsi, la souffrance des patients mais également le déni de la maladie ou le risque de violence sont des facteurs de risque de non-bientraitance. Il peut donc être difficile pour les professionnels travaillant au contact des usagers hospitalisés en psychiatrie d'avoir et conserver en toute situation une attitude en accord avec les valeurs de la bientraitance.

Nous avons donc mené une étude auprès des équipes de secteur travaillant en unité d'hospitalisation à temps plein afin de recueillir les points de vue des professionnels concernant la bientraitance et leurs difficultés éventuelles pour mettre en œuvre celle-ci en pratique. En effet, au vu de l'apparition récente de la notion de la bientraitance et d'un manque de visibilité dans la politique de santé publique dans le champ de la psychiatrie, il nous semblait important d'interroger les soignants au sujet des représentations associées au terme *bientraitance*.

Les équipes rencontrées étaient en grande majorité très investies dans leur travail. Elles attachaient beaucoup d'importance à la qualité du soin et à la relation avec le patient. Cependant, elles manquaient parfois de connaissances ainsi que de moyens pour améliorer leurs pratiques. Il nous a semblé important de proposer aux équipes travaillant dans ces unités des pistes de réflexions et des propositions concrètes adaptées à la spécificité de leur pratique quotidienne.

D'après l'étude menée, l'absence de définition précise de la bientraitance et le manque de consensus sur la place de la bientraitance dans le soin à l'intérieur d'une même équipe pouvaient être un frein à une démarche de promotion de la bientraitance. Par conséquent, une partie des propositions pour améliorer la démarche vers la bientraitance visait à mieux informer, soutenir et former les professionnels pour leur donner une culture commune du soin intégrant le concept de bientraitance : formation initiale et continue, amélioration de la communication au sein des équipes, dispositif permettant aux équipes de réfléchir sur leurs pratiques et les mouvements psychiques que leur font vivre les patients...

Les entretiens avec les professionnels mirent en évidence un manque de connaissance concernant les instances existantes au sein de l'établissement. Ainsi, le comité éthique et la CRUQPC sont peu investis par le personnel. Comprendre l'origine de ce manque d'investissement nous semblait important pour proposer des actions correctives. Notre réflexion et nos propositions visent donc à expliciter et améliorer le fonctionnement de ces instances pour leur permettre d'être mieux intégrées dans une démarche globale de bientraitance.

Soulignons le rôle central du management afin d'inscrire l'établissement dans une démarche active vers la bientraitance. Elaborer à la fois un projet médical de l'établissement mais également un projet médical par service intégrant clairement la bientraitance et définissant des moyens adaptés pour des actions concrètes afin de promouvoir la bientraitance aiderait les équipes à s'approprier ce terme et les notions éthiques qui y sont associées.

Bien que notre étude se limite aux points de vue des professionnels travaillant en psychiatrie, intégrer tous les acteurs du soin à cette démarche de développement de la bientraitance semble une des conditions fondamentales pour garantir sa validité éthique.

Enfin, il nous semble important de rappeler le concept de mère « suffisamment bonne » de Winnicott appliqué à l'institution psychiatrique. Par la démarche de promotion de la bientraitance, il s'agit bien de tendre vers une institution « suffisamment bonne » et non d'atteindre un idéal inaccessible. Cette limite floue doit le rester et permettre à la fois aux professionnels d'éviter un épuisement psychique et aux usagers de pouvoir se saisir de l'institution comme un outil à part entière du soin.

« Le simple fait d'avoir mis au monde le mot « bientraitance », de chercher à le comprendre et à le faire vivre, témoigne d'une attitude non dogmatique et pragmatique. Alors, faisons le vœu qu'on traite bien la bientraitance. »

Boris Cyrulnik, 2006

Bibliographie

AGAPSY et FASM Croix Marine, « Propositions de Santé Mentale France sur le projet de loi de santé », *Pratiques en santé mentale*, 2015/1, 61^e année, p. 80-86.

Disponible sur <www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2015-1-page-80.htm>

ANESM (2008a). *Revue de littérature – Recommandation : « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre »*, février 2008, 29 p.

Disponible sur <www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/revue_litterature_bientraitance_anesm.pdf>

ANESM (2008b). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, juillet 2008, 51 p.

Disponible sur <www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf>

ANESM (2008c). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*, décembre 2008, 52 p.

Disponible sur <www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_maltraitance_etablissement.pdf>

ANESM (circa 2009). *Analyse documentaire relative au développement d'une démarche éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux – Analyse critique de la littérature (partie 1)*, circa 2009, 24 p.

Disponible sur <www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/analyse_litterature_part1_ethique_anesm.pdf>

ANESM (2010a). *Revue de littérature – Recommandation : « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médicaux-sociaux »*, 28 p.

Disponible sur <www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/revue_litterature_ethique_anesm.pdf>

ANESM (2010b). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, mai 2010, 80 p.

Disponible sur <www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet_etablissement_service_anesm.pdf>

ANESM (2010c). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médicaux-sociaux*, octobre 2010, 92 p.

Disponible sur <www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_ethique_anesm.pdf>

ANESM (2011-2012). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Qualité de vie en Ephpad*, 4 volets publiés entre février 2011 et novembre 2012, respectivement 76 p., 64 p., 70 p., 114 p.

Disponibles sur <www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article589>

ANESM (2012). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Synthèse – Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*, janvier 2012, 8 p.

Disponible sur <www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Anesm_synthese_bleu-maltraitanceetablissement.pdf>

ANESM (2013-2014). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Qualité de vie en MAS-FAM*, 3 volets publiés entre juillet 2013 et novembre 2014, respectivement 94 p., 92 p., 85 p.

Disponibles sur <www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article708>

ANESM (2014). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement*, mai 2014, 92 p.

Disponible sur <www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANE-Agees-Souffrance_psychique_BAT.pdf>

ANESM (2016). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques*, mai 2016, 162 p.

Disponible sur <www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP-Handicap_psychique-190x270-BAT.pdf>

ANTOINE, Jean-Marc (2010). « Une histoire des « lieux de vie » - Influences et prémices », *VST - Vie sociale et traitements*, 2010/3, n°107, p. 100-105.

DOI : 10.3917/vst.107.0100

BANTMAN, Patrick (2010). « La Liberté d'aller et venir en psychiatrie. Entre exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques. Cinq ans après la conférence de consensus, ou en sommes-nous ? », *L'information psychiatrique*, 2010/4, Vol. 86, p. 293-297.

DOI : 10.3917/inpsy.8604.0293

BEETLESTONE, Emma, DEMASSIET, Vincent, OLIVIER, François, DEFROMONT, Laurent, DAUMERIE, Nicolas, CHABANE, Raghnia (2015). « Une expérience de partenariat entre élus, professionnels et usagers pour favoriser le rétablissement en santé mentale », *L'information psychiatrique*, 2015/7, Vol. 91, p. 578-585.

DOI : 10.1684/ipe.2015.1379

BERCHERIE, Paul (2004). *Mélanie Klein*, Paris : L'Harmattan, Coll. Examen des fondements de la psychanalyse, 72 p.

ISBN : 978-2747574754

BRUGERE, Fabienne (2014a). « Qu'est-ce que prendre soin aujourd'hui », *Cahiers philosophiques*, 2014/1, n°136, p. 58-68.

DOI : 10.3917/caph.136.0058

BRUGERE, Fabienne (2014b). *L'éthique du « care »*, Paris : Presses Universitaires de France, Coll. Que sais-je ?, 128 p.

ISBN : 978-2130619581

BOBET, René (2007). « Ethique et droits de la personne », in BOURGUIGNON, Odile (dir.), *Ethique et pratique psychologique*, Wavre : Mardaga, Coll. PSY – Théories, débats, synthèses, 288 p.

ISBN : 978-2870099674

CALVÈS, Anne-Emmanuèle (2009). « Empowerement : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement », *Revue Tiers Monde*, 2009/4, n°200, p. 735-749.

DOI : 10.3917/rtm.200.0735

CANO, Nicole (2006). « Fondements éthiques de la psychothérapie institutionnelle », *L'Encéphale*, avril 2006, Vol. 32, n°2, p. 205-212.

DOI : ENC-4-2006-32-2-0013-7006-101019-200630024

CANO, Nicole, BOYER, Laurent (2011). « Evolution des pratiques institutionnelles : questions éthiques autour de l'enfermement et de l'isolement », *L'information psychiatrique*, 2011/7, Vol. 87, p. 589-593.

DOI : 10.3917/inpsy.8707.0589

CANO, Nicole, BOYER, Laurent, WAWRZYNIAK, François-Simon et al. (2013). « L'hospitalisation en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthique », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, septembre 2013, Vol. 171, p. 518-523.
Disponible sur <www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448712002600>

CARIA, Aude, ARFEUILLÈRE, Sophie, LOUBIÈRES, Céline, JOSEPH, Camille (2015). « Passer de l'asile à la Cité, de l'aliéné au citoyen : un défi collectif. Déstigmatisation et environnement politique », *Pratiques en santé mentale*, 2015/1, 61^e année, p. 22-31.
Disponible sur <www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2015-1-page-22.htm>

CASAGRANDE, Alice (2007). « Le cadre de santé, garant de la culture de la bienveillance », *Soins gérontologie*, mai-juin 2007, n°65, p. 16-19.
DOI : SPP-9-10-2011-32-262-1259-4792-101019-201104581

CASES, Chantal, SALINES, Emmanuelle (2004). « Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 2004/1, n°1, p. 181-204.
Disponible sur <www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-1-page-181.htm>

CHOBÉAUX, François (2007). « L'institutionnel : approches et détours », *VST - Vie sociale et traitements*, 2007/3, n°95, p. 26-29.
DOI : 10.3917/vst.095.0026

CHOSSY, Jean-François (2003), *La situation des personnes autistes en France. Besoins et perspectives.*, Rapport remis au Premier Ministre, septembre 2003, 75 p.
Disponible sur <www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000590.pdf>

CICCONE, Albert (2014). « 1. Violence du handicap et violence dans le soin », in CICCONE, Albert (dir.) et al., *Handicap et violence*, Toulouse : Érès, Coll. Connaissances de la diversité, p. 13-25.
ISBN : 978-2749243115

CINTAS, Caroline (2010). « Violence des échanges en milieu extrême : que peut faire le management ? », *Humanisme et Entreprise*, 2010/1, n°296, p. 61-79.
DOI : 10.3917/hume.296.0061

CLEMENT, René (1993). *Parents en souffrance*, Paris : Stock, Coll. Laurence Pernoud, 337 p.
ISBN : 978-2234026094

CLÉRY-MELIN, Philippe, KOVESS-MASFETY, Vivianne, PASCAL, Jean-Charles (2004). « Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale », *Revue française des affaires sociales*, 2004/1, n°1, p. 215-220.
Disponible sur <www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-1-page-215.htm>

COLDEFY, Magali (2016). « Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes », *Revue française des affaires sociales*, 2016/2, n°6, p. 21-30.
Disponible sur <www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-2-page-21.htm>

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES (2013), *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*, Rapport enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale, 18 décembre 2003, 133 p.
Disponible sur <www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1662.pdf>

CONNANGLE, Sylvain (2011), *Réflexion visant à proposer des pistes pour une meilleure appropriation des démarches d'évaluation dans le secteur médico-social consacré aux*

personnes âgées, Rapport remis au secrétaire d'Etat aux solidarités et à la cohésion sociale, décembre 2011, 72 p.

Disponible sur <www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000706.pdf>

CONSEIL SUPERIEUR DU TRAVAIL SOCIAL (CSTS) (2011), *Rapport : refonder le rapport aux personnes* « Merci de ne plus nous appeler usagers », février 2015, 184 p.

Disponible sur <social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CAB_COM_RAPPORT_COMPLET_Merci_non_usagers.pdf>

CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE (2016). *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Paris : Dalloz, 138 p.

ISBN : 978-2247163106

COOPER, David (1967). *Psychiatrie et antipsychiatrie*, traduction française 1970, rééd. 1978, Paris : Seuil, Coll. Points-Essais, 187 p.

ISBN : 978-2020047951

CORBET, Eliane (2004). « Une « prévention des violences et maltraitements institutionnelles » ou la « promotion de la bientraitance » : que signifient ces glissements sémantiques ? », *Dossier thématique du CREA I Rhône-Alpes - 134 - Le traitement de la maltraitance dans les institutions. Références, protocoles et procédures*, juin 2004, p. 14-17.

Disponible sur <www.creai-ra.com/Dialogues-Acteurs/Dossiers-publications/Dossiers-Thematiques>

DANNIAU, Sandrine, MEYNCKENS-FOUREZ, Muriel (2015). « Bouc émissaire dans les institutions : pistes pour sortir de ce positionnement. « Manuel pratique » », *Thérapie Familiale*, 2015/4, Vol. 36, p. 409-422.

DOI : 10.3917/TF.154.0409

DAUMEZON, Georges, KOECHLIN, Philippe (1952). « Psychothérapie française institutionnelle contemporaine », *Anais portugaises de psiquiatria*, 1952/4, Vol. 4, p. 271-312.

DECAMP, Sabine, GAUDRON, Séverine, PERRIER, Michel et al. (2002). « Le soutien de couloir : un soutien informel destiné aux soignants. Prise en charge par une équipe mobile de soins palliatifs en milieu hospital-universitaire », *InfoKara*, 2002/1, Vol. 17, p. 16-19.

DOI : 10.3917/inka.021.0016

DELBROUCK, Michel (2008). *Le burn-out du soignant : Le syndrome d'épuisement professionnel*, Bruxelles : De Boeck, 280 p.

ISBN : 978-2804100995

DELION, Pierre (2014). « La psychothérapie institutionnelle : d'où vient-elle et où va-t-elle ? », *Empan*, 2014/4, n°96, p. 104-112.

DOI : 10.3917/empa.096.0104

DÉLIOT, Catherine, GARRAU, Marie (2014), *Les Ambivalences de la bientraitance – Rapport de recherches sur l'émergence, la signification et les effets de la notion de bientraitance dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux*, Rapport pour le groupe de protection sociale HUMANIS dans le cadre du programme de recherche-action « Agir pour le care », mai 2014, 140 p.

Disponible sur <docplayer.fr/12727420-Les-ambivalences-de-la-bientraitance.html>

DERVAUX, Alain (2015). « Perspectives Psy International », *Perspectives Psy*, 2015/1, Vol. 54, p. 73-75.

Disponible sur <www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2015-1-page-73.htm>

DEUTSCH, Claude (2016). « Les usagers résistent en prenant la parole », *VST - Vie sociale et traitements*, 2016/1, n°129, p. 56-63.

DOI : 10.3917/vst.129.0056

DOUSTE-BLAZY, Philippe, Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille (2005), *Discours Psychiatrie et Santé mentale – projet de plan 2005-2008*, 4 février 2005

Disponible sur <psydoc-fr.broca.inserm.fr/Professi/Rapports/DousteBlazy/Discours040205.pdf>

DREES (2003), *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003*, Paris : La Documentation Française, 345 p.

Disponible sur <social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ebs_35_donnees2003ch2.pdf>

ESTRYN-BEHAR, Madeleine et al. (2006). « Mots à maux... Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Etude comparative en France et dans trois autres pays européens », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, novembre 2006, Vol. 164, p. 732-748.

Disponible sur <www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448706001235>

FORAP-HAS, Groupe de travail FORAP-HAS sur la bientraitance (2015). *Etat des lieux 18 mois après la sortie du guide et des outils : « Promouvoir la bientraitance en établissement de santé et EHPAD*, rapport adopté le 8 juillet 2015, 25 p.

Disponible sur <www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/evaluation_guide_bientraitance_forap_has.pdf>

GODFRYD, Michel (2005). *Textes de droit hospitalier*, Paris : Presses Universitaires de France, Coll. Que sais-je ?, 128 p.

ISBN : 978-2130552468

GEORGIEFF, Nicolas (2009). « Neurosciences et psychiatrie : intégration ou grand écart ? », *L'information psychiatrique*, 2009/5, Vol. 85, p. 429-438.

DOI : 10.3917/inpsy.8505.0429

GIRARD, René (1982). *Le bouc émissaire*, Paris : Grasset, 298 p.

ISBN : 978-2246267812

GOFFMAN, Erving (1963). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, traduction française 1975, Paris : Editions de Minuit, Coll. Le Sens commun, 468 p.

ISBN : 978-2707300799

GRIMAUD, Dominique (2011). « Morale, éthique, bioéthique... quelques définitions », *Adsp – actualité et dossier en santé publique*, décembre 2011, n°77, p. 13

Disponible sur <www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=117>

GREACEN, Tim (dir.), JOUET, Emmanuelle (dir.) (2012). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, Toulouse : Érès, 344 p.

ISBN : 978-2749216089

GROS, Frédéric (2012). *Le Principe Sécurité*, Paris : Gallimard, Coll. NRF essais, 304 p.

ISBN : 978-2070133505

GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle (2006). « Proposition d'intégrer la médiation dans les instruments de communication éthique », In *Rapport de la Réunion du Groupe de travail du CIB sur le consentement*, juillet 2006, Annexe III, p. 11-15

Disponible sur

<portal.unesco.org/shs/fr/files/10351/11631782481report_wg_consent_fr.pdf/report_wg_consent_fr.pdf>

GUIVARCH, Jokthan, CANO, Nicole (2013). « Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques », *L'Encéphale*, septembre 2013, Vol. 39, n°4, p. 237-243.
DOI : 10.1016/j.encep.2013.02.004

HAS (2013). *Note d'orientation : Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale*, 19 p.

Disponible sur <www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013_10_08_programme_sante_mentale_college.pdf>

HAS-FORAP (2012a). *Regards croisés sur la bientraitance – Auto-évaluation établissement*, 14 p.

Disponible sur <www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_questionnaire_v1.pdf>

HAS-FORAP (2012b). *Regards croisés sur la bientraitance – Questionnaire d'évaluation professionnel de l'établissement*, 10 p.

Disponible sur <www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_questionnaire_v1.pdf>

HAS-FORAP (2012c). *La prévention de la maltraitance – Grille d'autocontrôle de mes pratiques professionnelles (outil à destination des soignants)*, 6 p.

Disponible sur <www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_grille_cepral.pdf>

HAS-FORAP (2012d). *Guide de l'animateur pour la mise en œuvre de la cartographie des risques de maltraitance*, 24 p.

Disponible sur <www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_guide_carto_risques.pdf>

HAS-FORAP (2012e). *La bientraitance en situations de vie : Outil d'animation d'équipe*, 12 p.

Disponible sur <www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_outilccecgq.pdf>

HAS-FORAP (2012f). *Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte*, 7 p.

Disponible sur <www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_charte_guide.pdf>

HAZIF-THOMAS, Cyril, JOUSSET, David, WALTER, Michel (2014). « La « personne faisant l'objet de soins psychiatriques », dans les récentes lois réformant l'encadrement du soin psychiatrique », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, septembre 2014, Vol. 172, p. 563-572.

Disponible sur <www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448714002030>

HCSP (2011). *Evaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008*, 228 p.

Disponible sur <www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=226>

HCSP (2016). *Evaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015*, 228 p.

Disponible sur <www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>

HENCKES, Nicolas (2015). « La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ? », *Esprit*, 2015/3 (mars-avril), p. 28-40.

DOI : 10.3917/espri.1503.0028

HOCHMANN, Jacques (2015). *Histoire de la psychiatrie*, Paris : Presses Universitaires de France, Coll. Que sais-je ?, 127 p.

ISBN : 978-2130653622

HOLCMAN, Robert (2015). « La planification hospitalière », *Management hospitalier*, 2^e éd., Paris : Dunod, Coll. Guides Santé Social, 800 p.
ISBN : 978-2100724291

HUGONOT, Robert (2007). *Violences invisibles - Reconnaître les situations de maltraitance envers les personnes âgées*, Paris : Dunod, 176 p.
ISBN : 978-2100507429

HUNEMAN, Philippe (2008). « Le projet aliéniste, la nosologie et la décomposition des fonctions mentales », in PAROT, Françoise (dir.), *Les fonctions en psychologie*, Wavre : Mardaga, Coll. PSY – Théories, débats, synthèses, p. 49-66
ISBN : 978-2870099889

KALAMPALIKIS, Nikos, DAUMERIE, Nicolas, JODELET, Denise (2007). « De l'effet médiatique au fait politique : la santé mentale en question », *L'information psychiatrique*, 2007/10, Vol. 83, p. 839-843.
DOI : 10.3917/inpsy.8310.0839

KAPSAMBELIS, Vassilis (2010). « Cinquante ans après : la crise du secteur. Quelques réflexions en guise de conclusion », *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*, Toulouse : Érès, p. 427-448.
ISBN : 978-2749211855

KINOO, Philippe (2006). « Psychothérapie institutionnelle : le paradigme multifonctionnel interactif », *Thérapie Familiale*, 2006/1, Vol. 27, p. 47-59.
DOI : 10.3917/TF.061.0047

LAGRAULA-FABRE, Myriam (2006). « La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : pare-feu contre la maltraitance ? », *Revue de droit sanitaire et social*, n°6, novembre 2006, p. 969-980.

LAING, Donald, COOPER, David (1964). *Raison et violence : Dix ans de la philosophie de Sartre, 1950-1960*, traduction française 1972, Paris : Payot, 203 p.

LANDRON, Gilles (1995). « Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. », *Déviance et société*, 1995/1, Vol. 19, p. 3-21.
DOI : 10.3406/ds.1995.1559

LE CARDINAL, Patrick, ROELANDT, Jean-Luc, RAFAEL, Florentina, VASSEUR-BACLE, Simon, FRANÇOIS, Guillaume, MARSILI, Massimo (2013). « Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives », *L'information psychiatrique*, 2013/5, Vol. 89, p. 365-370.
DOI : 10.3917/inpsy.8905.0365

LECOURT, Edith (2008). *Introduction à l'analyse de groupe*, Toulouse : Érès, Coll. Transition, 352 p.
ISBN : 978-2749209579

LEMAY, Michel (2000). « La bientraitance à l'égard des professionnels », in GABEL, Marceline (dir.), JESU, Frédéric (dir.), MANCIAUX, Michel (dir.), *Bientraitances*, Paris : Fleurus, p. 427-444
ISBN : 978-2215042853

LERNOUT, Tiffany, GUERRIER, Marc, HIRSCH, Emmanuel (2005). « Loi du 4 mars 2002 et pratiques soignantes : première analyse. », *Laennec*, 2005/4, Tome 53, p. 35-49.
DOI : 10.3917/lae.054.0035

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (J.O. du 5 mars 2002)

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (J.O. du 12 février 2005)

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (J.O. du 22 juillet 2009)

Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (J.O. du 6 juillet 2011)

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (J.O. du 27 janvier 2016)

LOPEZ, Alain, BRÉCHAT, Pierre-Henri (2016). « La planification en santé : un essai à transformer », *Les Tribunes de la santé*, 2016/1, n°50, p. 93-111.

MAISONDIEU, Jean (1997). *La fabrique des exclus*, Paris : Bayard, 261 p.
ISBN : 978-2227137172

MAISONDIEU, Jean (2006). « L'Autre et un "je" », *Approches*, 2006/1, n°126, p. 86-111.

MAISONDIEU, Jean (2010). « L'autruidisme, un problème éthique méconnu », *Laennec*, 2010/1, Tome 58, p. 18-29.
DOI : 10.3917/lae.101.0018

MANNONI, Maud (1970). *Le psychiatre, son « fou » et la psychanalyse*, Paris : Seuil, 272 p.
ISBN : 978-2021315622

MARIE-CARDINE, Michel (2009). « Le courant intégratif et éclectique », in DENEUX, Alain (coord.) et al., *Les psychothérapies : approche plurielle*, Elsevier-Masson, Coll. Pratiques en psychothérapie, p. 410-428
ISBN : 978-2294704932

MATHIEU, Géraldine, ROMMELAERE, Claire (2013). « Chapitre 11. Juriste au sein d'un comité d'éthique hospitalier, une formation à la bioéthique ? », *Journal International de Bioéthique*, 2013/2, Vol. 24, p. 145-162.
DOI : 10.3917/jib.242.0145

MESMIN D'ESTIENNE, Jeanne (2010). « La folie selon Esquirol. Observations médicales et conceptions de l'aliénisme à Charenton entre 1825 et 1840 », *Revue d'histoire du XIX^e siècle*, 2010/1, n°40, p. 95-112.
DOI : 10.4000/rh19.3994

MIERMONT, Jacques (dir.) (2001). *Dictionnaire des thérapies*, Paris : Payot, Coll. Essais Payot, 864 p.
ISBN : 978-2228894852

MOULIAS, Robert, MOULIAS, Sophie, BUSBY, Françoise (2010). « Edito. La « bientraitance » : qu'est-ce que c'est ? », *Gérontologie et société*, 2010/2, n°133, p. 10-21.
DOI : 10.3917/gs.133.0010

MOREAU RICAUD, Michelle (2004). « Une « utopie » à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse : la psychothérapie institutionnelle », *Topique*, 2004/3, n°88, p. 95-108.
DOI : 10.3917/top.088.0095

MARCIANO, Vincent, KIEFFER, Anne-Sophie, CHAMPSAUR, Carole, BALDO, Elisabeth (2014). « Contenance et contentions aux urgences : considérations pratiques et éthiques », *Pratiques en santé mentale*, 2014/4, p. 25-30.
ISBN : 978-2353717217

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTE (2005). *Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008*, 98 p.
Disponible sur <social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf>

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ (2012). *Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015*, 43 p.
Disponible sur <social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf>

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH (1979), *Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, Rapport publié par le Département de la Santé, de l'éducation et des services sociaux des Etats-Unis
Disponible sur <www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report>

NICOLAS, Gwenaël (2011). « Soutenir les professionnels dans leur démarche de bienveillance », *Soins Pédiatrie / Puériculture*, septembre 2011, Vol. 32, n°262, p. 30-32.
DOI : SPP-9-10-2011-32-262-1259-4792-101019-201104586

OMS (2016), *La santé mentale : renforcer notre action*, aide-mémoire n°220, mis à jour en avril 2106
Disponible sur <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>

ONU (2006), *Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif*, 38 p.
Disponible sur <www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

OURY, Jean (2007). « Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles », *VST - Vie sociale et traitements*, 2007/3, n°95, p. 22-25.
DOI : 10.3917/vst.095.0110

OURY, Jean (2010). « Corps et structure institutionnelle », in CHEMLA, Patrick (dir.), *Expériences de la folie*, Toulouse : Érès, Coll. Questions de psychiatrie, 190 p.
ISBN : 978-2749212418

OURY, Jean (2014). « Préface », in KLEIN, Florence (dir.) et al., *Etre ergothérapeute en psychiatrie*, Toulouse : Érès, Coll. Trames, 424 p.
ISBN : 978-2749241227

PACHÈS, Vincent (2007). « Construire les interactions entre individu, groupe et société », *VST - Vie sociale et traitements*, 2007/3, n°95, p. 22-25.
DOI : 10.3917/vst.095.0022

PAPERMAN, Patricia, LAUGIER, Sandra (2006). « L'éthique de la sollicitude », *Sciences humaines*, 2006/12, n°177.
Disponible sur <www.scienceshumaines.com/l-ethique-de-la-sollicitude_fr_15029.html>

PEDINIELLI, Jean-Louis, ROUVIER, Shantih (2000). « Ethique en clinique psychologique. L'éthique entre épistémologie et consensus », *Bulletin de psychologie*, Vol. 53 (1), n°445, p. 41-46.

PÉOC'H, Nadia (2011). « Bienveillance et éthique du care... Similitudes et différences autour d'une recension des écrits scientifiques », *Recherche en soins infirmiers*, 2011/2, n°105, p. 4-13.

DOI : 10.3917/rsi.105.0004

PIEL, Eric, ROELANDT, Jean-Luc (2001), *De la psychiatrie vers la santé mentale*, Rapport de mission ministériel. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, juillet 2001, 86 p.

Disponible sur <www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000522.pdf>

PINEL, Philippe (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Paris : Chez J. Ant. Brosson, seconde édition, entièrement refondue et très augmentée, 496 p.

Disponible sur <gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76576g>

PINELL, Patrice (2004). « La normalisation de la psychiatrie française », *Regards sociologiques*, n°29, p. 3-21.

Disponible sur <www.regards-sociologiques.com/index.php/2004-29>

POURRAT, Alain (2016). « Loi de santé et psychiatrie. Et maintenant ? », *L'information psychiatrique*, 2016/3, Vol. 92, p. 183-186.

DOI : 10.1684/ipe.2016.1460

RAPAPORT, Danielle (2011). « La bien-traitance, définition et enjeux », *Soins Pédiatrie / Puériculture*, septembre 2011, Vol. 32, n°262, p. 16-18.

DOI : SPP-9-10-2011-32-262-1259-4792-101019-201104581

RAWLS, John (1971). *Théorie de la justice*, traduction française 1987, Paris : Seuil, Coll. Empreintes, 666 p.

ISBN : 978-2020095303

ROELANDT, Jean-Luc (2004). « Psychiatrie, santé mentale et démocratie sanitaire : des grands principes à la réalité », in JOUBERT, Michel, *Santé mentale, ville et violences*, Toulouse : Érès, Coll. Questions vives sur la banlieue, p. 213-226

ISBN : 978-2749202211

ROELANDT, Jean-Luc, STAEDDEL, Bérénice, RAFAEL ; Florentina et al. (2015). *Programme Médiateurs de Santé/Pairs – Rapport final de l'expérimentation 2010-2014*, Lille : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale, 60 p.

Disponible sur

<www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/RAPPORT%20FINAL_19_01_2015.pdf>

ROUDINESCO, Elisabeth, PLON, Michel (2006). *Dictionnaire de la psychanalyse*, 3^e éd. rév. et augm., Paris : Fayard, 1200 p.

ISBN : 978-2213630472

ROZIER, Emmanuelle (2014). *La clinique de La Borde ou les relations qui soignent – Outils philosophiques pour comprendre le collectif*, Toulouse : Érès, 278 p.

ISBN : 978-2749240022

SCHMIT, Gérard (2010). « L'unité de la psychiatrie française doit être construite (paru dans La Lettre de la psychiatrie française) », *L'information psychiatrique*, 2010/4, Vol. 86, p. 299-300.

DOI : 10.3917/inpsy.8604.0299

SCHMITT, Michel (2014). *Bientraitance et qualité de vie – Prévenir les maltraitances pour des soins et une relation d'aide humanistes*, Paris : Elsevier Masson, 352 p.

ISBN : 978-2294745256

SCHMITT, Michel (2015). *Bientraitance et qualité de vie – Outils et retours d'expériences*, Paris : Elsevier Masson, 320 p.

ISBN : 978-2294744655

SEBBANE, Déborah (2015). « Les internes de psychiatrie vus par leurs confrères : jugés de près mais préjugés... », *L'information psychiatrique*, 2015/5, Vol. 91, p. 417-426.

DOI : 10.1684/ipe.2015.1349

SEGERS-LAURENT, Annig (2015). « Ethique et clinique », *Cahiers de psychologie clinique*, 2015/1, n°44, p. 7-12.

DOI : 10.3917/cpc.044.0007

TERRIEN, Noémie, ANTHOINE, Emmanuelle, MORET, Leïla (2012). « Développement et validation d'une échelle d'auto-évaluation des pratiques de bientraitance des patients ou des résidents par les professionnelles de santé », *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 2012/4, Vol. 10, p. 403-411.

DOI : 10.1684/pnv.2012.0378

TOMKIEWICZ, Stanislaw (2001). « La violence dans les institutions pour handicapés mentaux sévères », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 2001, n°12 (2), p. 235-242.

Disponible sur <www.rfdi.org/wp-content/uploads/2013/05/TOMKIEWIZ_v12spFR.pdf>

TOPÇUOĞLU, Volkan (2012). « A la découverte du contre-transfert dans la pratique psychiatrique », *Perspectives Psy*, 2012/1, Vol. 51, p. 73-77.

ISSN : 0031-6032

TREGOUET, Stéphane (2006). « La relation dans le soin ? Petits propos épistémiques. », *VST - Vie sociale et traitements*, 2006/1, n°89, p. 144-147.

DOI : 10.3917/vst.089.0144

VACHERON, Marie-Noëlle, LAQUEILLE, Xavier (2012). « L'admission en soins psychiatriques sous contrainte : apports et limites de la loi du 5 juillet 2011 », *Laennec*, 2012/1, Tome 60, p. 10-23.

DOI : 10.3917/lae.121.0010

VALLON, Serge (2002). « Les quatre visages de l'usager », *VST - Vie sociale et traitements*, 2002/4, n°76, p. 20-23.

DOI : 10.3917/vst.076.0020

VANDER BORGHT, Christine (2003). « Violence des institutions, violences en institution », *Thérapie Familiale*, 2003/4, Vol. 24, p. 337-358.

DOI : 10.3917/tf.034.0337

WINNICOTT, Donald (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*, traduction française 1969, 2^e éd. 1989, Paris : Payot, Coll. Science de l'homme Payot, 468 p.

Annexes

ANNEXE 1	p. 224
Missions de l'ANESM	
ANNEXE 2	p. 229
Présentation du Questionnaire d'évaluation professionnel de l'établissement, outil proposé par la HAS dans le cadre de la promotion de la bientraitance et résultats de l'étude ayant utilisé cet outil	
ANNEXE 3	p. 238
Questionnaire ayant servi de trame aux entretiens avec les professionnels du groupe hospitalier Paul Guiraud à Villejuif	
ANNEXE 4	p. 239
Règlement intérieur du comité d'éthique du groupe hospitalier Paul Guiraud Villejuif	

PERSONNES HANDICAPÉES

RECOMMANDATIONS
DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES



PERSONNES HANDICAPÉES

INCLUSION SOCIALE

PERSONNES ÂGÉES

SPÉCIFICITÉS DE L'ACCOMPAGNEMENT DES ADULTES HANDICAPÉS PSYCHIQUES

*Au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)
au sens de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles*

Anesm

Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

Annexe 5

L'AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX (ANESM)

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

L'Agence est constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'État, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et des organismes représentant les établissements sociaux et médico-sociaux, les professionnels et les usagers.

Ses missions

Les missions de l'Anesm sont directement issues des obligations faites aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

- La première consiste à valider ou produire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, références et procédures à partir desquelles les ESSMS doivent légalement procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent.
- La seconde consiste à habilitier les organismes auxquels les ESSMS doivent faire appel afin qu'ils procèdent à l'évaluation externe des activités et de la qualité de leurs prestations notamment en vue du renouvellement de leur autorisation de fonctionnement (cf. annexe 3-10 du Code de l'action sociale et des familles).

Son fonctionnement

L'Anesm est dotée d'une instance de gestion, l'Assemblée générale, et de deux instances consultatives sans avis conforme, le Conseil scientifique et le Comité d'orientation stratégique.

L'Assemblée générale adopte le programme de travail annuel et le budget.

Le Conseil scientifique, composé de 15 personnalités reconnues dans leur domaine, apporte une expertise, formule des avis d'ordre méthodologique et technique et veille à la cohérence, à l'indépendance et à la qualité scientifique des travaux de l'Anesm.

Le Comité d'orientation stratégique, composé de près de 70 représentants - de l'État, d'élus, d'usagers, de collectivités territoriales, de fédérations, de directeurs d'établissements, de salariés, d'employeurs, etc.- est une instance qui participe à l'élaboration du programme de travail de l'Anesm et fournit un avis sur l'opérationnalité des projets de recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Ces deux instances sont consultées par le directeur de l'Anesm avant qu'il n'adopte les projets de recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Les champs de compétences

L'Anesm est compétente sur le champ des personnes âgées, des personnes handicapées, de l'inclusion sociale, de la protection de l'enfance, de la protection juridique des majeurs, de l'addictologie... Les catégories de services et d'établissements sont très diversifiées : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les foyers d'accueil médicalisé pour personnes handicapées (FAM), les maisons d'enfants à caractère social (MECS), les foyers de jeunes travailleurs, les appartements thérapeutiques, etc.

Le dispositif d'évaluation

Les recommandations, références et procédures validées par l'Agence alimentent la démarche d'évaluation interne des ESSMS. La loi du 2 janvier 2002 a prévu qu'au-delà du système d'évaluation interne, un regard externe soit porté par des organismes indépendants habilités par l'Anesm qui émettront un avis, notamment sur les conditions dans lesquelles l'évaluation interne a été mise en œuvre, et sur les axes d'amélioration préconisés. Ainsi, au 31 décembre 2015, 89 % des ESSMS devant réaliser leur évaluation externe avant le 3 janvier 2015, étaient engagés dans cette démarche.

Elle complète le système d'évaluation interne, et permet aux autorités de tarification et de contrôle d'engager un dialogue avec les ESSMS sur les conditions de renouvellement de leurs autorisations de fonctionnement.

Les recommandations de l'Anesm

↘ Quarante-sept recommandations de bonnes pratiques professionnelles disponibles sur www.anesm.sante.gouv.fr :

Tous secteurs

- *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes* (2015)
- *Le soutien des aidants non professionnels* (2014)
- *Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique* (2012)
- *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes* (2012)
- *Le questionnaire éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux* (2010)
- *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service* (2010)
- *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement* (2009)
- *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile* (2009)
- *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du code de l'Action sociale et des familles* (2009)
- *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance* (2008)
- *Ouverture de l'établissement* (2008)
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* (2008)
- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* (2008)
- *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses* (2008)
- *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées* (2008)
- *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L. 312-1 du code de l'Action sociale et des familles* (2008)

Personnes âgées

- *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement* (2014)
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 4) : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident* (2012)
- *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* (2012)
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad* (2012)
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne* (2011)
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement* (2011)
- *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social* (2009)

Personnes handicapées

- *Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques au sein des ESSMS au sens de l'article L. 312-1 du CASF (2016)*
- *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) (2014)*
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3) – le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement (2014)*
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – la vie quotidienne, sociale, la culture et les Loisirs (2013)*
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) – Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté (2013)*
- *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (2013)*
- *Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat (2013)*
- *Autisme et autres TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (2012)*
- *L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les Sessad (2011)*
- *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (2010)*

Protection de l'enfance

- *Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives (2015)*
- *Favoriser les articulations entre les professionnels intervenant en protection de l'enfance et les professionnels intervenant dans un cadre pénal, à l'égard d'un mineur (2015)*
- *L'évaluation interne : repères pour les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives (2015)*
- *L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance (2014)*
- *L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de Mesure (2013)*
- *Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance (2011)*
- *L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement (2010)*

Inclusion sociale

- *Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en CHRS (2016)*
- *Évaluation interne : Repères pour les établissements et services de l'inclusion sociale (2015)*
- *Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) (2015)*
- *La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) (2014)*
- *Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312.1 du code de l'action sociale et des familles (2012)*
- *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie (2010)*
- *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale (2008)*

- ↳ Quatre **enquêtes nationales** relatives à l'évaluation interne des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- ↳ Un **rapport d'étude** sur la participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recueil des pratiques et témoignages des acteurs.
- ↳ Trois **rapports d'analyse nationale** concernant l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance des résidents en Ehpad et la perception de leurs effets par les conseils de vie sociale.
- ↳ Un **rapport d'analyse nationale** concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les Maisons d'accueil spécialisées et les Foyers d'accueil médicalisé.
- ↳ Un **rapport d'analyse nationale** concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux
pour l'Amélioration des Pratiques et organisations en santé

Regards croisés sur la bientraitance

Questionnaire d'évaluation professionnel de l'établissement



Structure d'appui Qualité, Risques, Evaluation

Madame, Monsieur,

La bientraitance peut être définie comme « une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, son écoute et ses besoins tout en prévenant la maltraitance ».

À cette occasion, nous souhaiterions que vous participiez à une enquête. Ce questionnaire **anonyme** est diffusé aux professionnels de l'établissement en parallèle d'une auto-évaluation des méthodes et supports mis en œuvre par l'établissement.

Les questions abordées visent à recueillir votre point de vue sur :

- la prise en charge des patients, résidents, **par vous-même** : votre regard sur vos pratiques en tant que soignant ;
- la prise en charge des patients, résidents, **au sein de votre service**, votre unité : un regard sur l'organisation, les pratiques de votre service, votre unité.

Nous vous demandons de ne cocher qu'une seule réponse par question.

Il se peut que vous ayez l'impression que certaines de ces questions ne s'appliquent pas à vous mais il est important que nous posions les mêmes questions à tout le monde. De même quelques-unes de ces questions peuvent vous paraître très semblables, ayez la gentillesse de répondre à chacune d'elles indépendamment. Aussi, merci de bien vouloir cocher :

- Non concerné**, lorsque la question ne concerne pas votre activité professionnelle ou ne correspond pas au type de prise en charge de votre unité, votre service.
- Ne sait pas**, lorsque vous n'êtes pas en mesure de fournir une réponse même si la question concerne votre activité professionnelle.

Une fois rempli, nous vous demandons de déposer le questionnaire selon les modalités prévues à cet effet.

L'analyse des données permettra :

- d'établir un constat sur les leviers et faiblesses de l'approche du concept par les professionnels de l'établissement ;
- d'apprécier les écarts et cohérences au regard des méthodes et supports mis en œuvre par l'institution ;
- de définir et prioriser la mise en place d'actions opérationnelles en faveur de la bientraitance.

Nous vous rappelons que ce questionnaire est ANONYME.

Nous vous remercions de votre participation !

Lors de la prise en charge des patients...						
	Toujours	Très souvent	Souvent	Rarement	Jamais	Non concerné
1. Je recueille l'accord du patient, du résident, pour tout acte le concernant.	46.4% (13)	39.3% (11)	10.7% (3)	0.0% (0)	0.0% (0)	3.6% (1)
2. Je respecte les choix et les refus du patient, du résident.	32.1% (9)	50.0% (14)	14.3% (4)	0.0% (0)	0.0% (0)	3.6% (1)
3. Je connais les informations médicales délivrées par l'équipe au patient, au résident.	39.3% (11)	32.1% (9)	25.0% (7)	0.0% (0)	0.0% (0)	3.6% (1)
4. Lorsque je délivre des informations au patient, au résident, je m'assure de sa compréhension (reformulation).	67.9% (19)	21.4% (6)	10.7% (3)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)
5. Je laisse le patient, le résident circuler librement au sein du service, de l'établissement, lorsque cela est possible.	46.4% (13)	28.6% (8)	7.1% (2)	3.6% (1)	0.0% (0)	14.3% (4)
6. Je connais les habitudes de vie, la culture du patient, du résident.	10.7% (3)	46.4% (13)	35.7% (10)	7.1% (2)	0.0% (0)	0.0% (0)
7. J'identifie les membres de l'entourage du patient, du résident.	21.4% (6)	35.7% (10)	35.7% (10)	7.1% (2)	0.0% (0)	0.0% (0)
8. Je communique avec l'entourage du patient, du résident.	14.3% (4)	53.6% (15)	25.0% (7)	3.6% (1)	0.0% (0)	3.6% (1)
9. J'intègre le patient, le résident, aux discussions le concernant lorsque je suis en sa présence.	39.3% (11)	35.7% (10)	17.9% (5)	0.0% (0)	0.0% (0)	7.1% (2)
10. J'adapte mes propos et mes actions à l'état du patient, du résident (âge, handicap...).	64.3% (18)	32.1% (9)	3.6% (1)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)
11. Je reste discret sur mes sujets de discussions (personnels et professionnels) entre collègues à proximité des patients, des résidents.	57.1% (16)	21.4% (6)	17.9% (5)	3.6% (1)	0.0% (0)	0.0% (0)
12. Je réalise les soins dans le respect de l'intimité du patient, du résident.	75.0% (21)	14.3% (4)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)	10.7% (3)

	Toujours	Très souvent	Souvent	Rarement	Jamais	Non concerné
13. J'informe le patient, le résident, des raisons de son isolement, si nécessaire.	64.3% (18)	17.9% (5)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)	17.9% (5)
14. Je respecte l'autonomie fonctionnelle du patient, du résident (pour la toilette, l'habillement, les repas...).	42.9% (12)	21.4% (6)	14.3% (4)	0.0% (0)	0.0% (0)	21.4% (6)
15. Je mets en œuvre les bonnes pratiques de contention physique.	37.0% (10)	33.3% (9)	7.4% (2)	0.0% (0)	0.0% (0)	22.2% (6)
16. J'évalue l'état nutritionnel du patient, du résident.	28.6% (8)	21.4% (6)	21.4% (6)	3.6% (1)	0.0% (0)	25.0% (7)
17. J'évalue le risque d'escarre du patient, du résident.	39.3% (11)	14.3% (4)	17.9% (5)	7.1% (2)	0.0% (0)	21.4% (6)
18. J'utilise une échelle reconnue pour l'évaluation de la douleur du patient, du résident.	21.4% (6)	14.3% (4)	21.4% (6)	17.9% (5)	3.6% (1)	21.4% (6)
19. J'apporte une attention à ma communication non verbale (sourire, regard...).	59.3% (16)	22.2% (6)	18.5% (5)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)
20. Je réponds à la sonnette dans un délai adapté.	22.2% (6)	18.5% (5)	11.1% (3)	0.0% (0)	0.0% (0)	48.1% (13)
21. Je frappe et attends avant d'entrer dans la chambre du patient, du résident.	64.3% (18)	21.4% (6)	10.7% (3)	0.0% (0)	0.0% (0)	3.6% (1)
22. Je n'allume pas une lumière éblouissante la nuit en entrant dans la chambre.	22.2% (6)	14.8% (4)	7.4% (2)	0.0% (0)	0.0% (0)	55.6% (15)
23. Je veille à ne pas faire de bruit.	35.7% (10)	17.9% (5)	10.7% (3)	0.0% (0)	0.0% (0)	35.7% (10)

Dans le service, l'unité....						
	Toujours	Très souvent	Souvent	Rarement	Jamais	Ne sait pas
24. Un temps d'accueil du patient, du résident, est organisé.	44.4% (12)	25.9% (7)	18.5% (5)	7.4% (2)	3.7% (1)	0.0% (0)
25. L'information du patient, du résident, est organisée.	39.3% (11)	28.6% (8)	21.4% (6)	7.1% (2)	3.6% (1)	0.0% (0)
26. Le recueil de la personne de confiance est organisé.	10.7% (3)	35.7% (10)	21.4% (6)	25.0% (7)	3.6% (1)	3.6% (1)
27. Les directives anticipées du patient, du résident, sont recueillies, si ce dernier le souhaite.	10.7% (3)	17.9% (5)	21.4% (6)	21.4% (6)	7.1% (2)	21.4% (6)
28. Un dépistage des troubles nutritionnels est réalisé.	17.9% (5)	14.3% (4)	21.4% (6)	25.0% (7)	0.0% (0)	21.4% (6)
29. Un dépistage du risque d'escarre est réalisé.	21.4% (6)	14.3% (4)	17.9% (5)	14.3% (4)	3.6% (1)	28.6% (8)
30. Un soutien psychologique est proposé au patient, au résident, si besoin.	65.4% (17)	15.4% (4)	11.5% (3)	3.8% (1)	3.8% (1)	0.0% (0)
31. Un soutien social est proposé au patient, au résident, si besoin.	57.1% (16)	28.6% (8)	10.7% (3)	3.6% (1)	0.0% (0)	0.0% (0)
32. Le patient, le résident, a un projet de soins/de vie formalisé.	19.2% (5)	46.2% (12)	23.1% (6)	7.7% (2)	0.0% (0)	3.8% (1)
33. Chaque patient, résident (et si nécessaire l'entourage) a connaissance de son projet de soins.	21.4% (6)	28.6% (8)	39.3% (11)	3.6% (1)	0.0% (0)	7.1% (2)
34. Ce projet est réévalué au cours du séjour.	48.1% (13)	14.8% (4)	22.2% (6)	11.1% (3)	0.0% (0)	3.7% (1)
35. La planification des soins est adaptée au rythme des patients, des résidents.	25.9% (7)	25.9% (7)	14.8% (4)	25.9% (7)	0.0% (0)	7.4% (2)
36. Une information régulière est fournie au patient, au résident, sur son état de santé/examens, tout au long de sa prise en charge.	32.1% (9)	28.6% (8)	25.0% (7)	0.0% (0)	0.0% (0)	14.3% (4)

	Toujours	Très souvent	Souvent	Rarement	Jamais	Ne sait pas
37. Les transmissions (médicales et paramédicales) sont tracées dans le dossier du patient, du résident.	60.7% (17)	25.0% (7)	14.3% (4)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)
38. La coordination de la prise en charge des patients, des résidents entre professionnels est assurée.	46.4% (13)	32.1% (9)	14.3% (4)	7.1% (2)	0.0% (0)	0.0% (0)
39. Un programme d'éducation thérapeutique par une équipe formée est proposé au patient, au résident, si nécessaire.	7.1% (2)	28.6% (8)	25.0% (7)	17.9% (5)	10.7% (3)	10.7% (3)
40. Le patient, le résident, est informé des événements indésirables associés aux soins survenus lors de sa prise en charge.	14.8% (4)	18.5% (5)	40.7% (11)	7.4% (2)	7.4% (2)	11.1% (3)
41. Le période de jeûne nocturne est inférieur à 12 h 00.	18.5% (5)	11.1% (3)	22.2% (6)	3.7% (1)	11.1% (3)	33.3% (9)
42. Le patient, le résident, participe au choix de son menu.	11.1% (3)	11.1% (3)	0.0% (0)	11.1% (3)	37.0% (10)	29.6% (8)
43. Les horaires de visites sont adaptables.	7.1% (2)	21.4% (6)	42.9% (12)	14.3% (4)	7.1% (2)	7.1% (2)
44. Les pauses du personnel sont organisées au regard de l'activité.	33.3% (9)	11.1% (3)	25.9% (7)	0.0% (0)	3.7% (1)	25.9% (7)

	Oui	Non	Ne sait pas
45. Des affiches, documents sur le thème de la bientraitance sont disponibles dans le service.	25.0% (7)	17.9% (5)	57.1% (16)

	Nourrissons	Enfants	Adolescents	Adultes	Personnes âgées
46. Les résidents pris en charge dans mon service/unité sont des (<i>plusieurs réponses possibles</i>) :	0.0% (0)	0.0% (0)	7.3% (4)	50.9% (28)	41.8% (23)

	Hosp. conventionnelle/ complète	Hosp. de semaine	Hosp. de jour	Ambulatoire
47. Le mode d'hospitalisation proposé dans mon service est en (<i>plusieurs réponses possibles</i>) :	66.7% (26)	10.3% (4)	17.9% (7)	5.1% (2)

	Médecine chirurgie obstétrique	Soins de suite et de réadaptation Précisez :	Soins longue durée/EHPAD
48. Le secteur d'hospitalisation de mon service est :	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)
	Psychiatrie (santé mentale)	Hôpital à domicile	Soins ambulatoires
	100.0% (27)	0.0% (0)	0.0% (0)

	Oui	En grande partie	Partiellement	Non
49. J'ai bénéficié d'une procédure d'accueil lors de mon arrivée dans le service/unité.	50.0% (13)	19.2% (5)	7.7% (2)	23.1% (6)
50. Mes contraintes personnelles ont été recueillies par l'établissement et des adaptations m'ont été proposées.	15.4% (4)	23.1% (6)	7.7% (2)	53.8% (14)

	Toujours	Très souvent	Souvent	Rarement	Jamais
51. Je peux participer aux staffs du service et/ou interdisciplinaires, si je le souhaite.	73.1% (19)	19.2% (5)	3.8% (1)	0.0% (0)	3.8% (1)
52. Je peux participer à des temps de synthèse au sein du service/de l'unité, si je le souhaite.	61.5% (16)	19.2% (5)	15.4% (4)	0.0% (0)	3.8% (1)

	Médecin	Infirmier	Aide-soignant	Brancardier
53. Votre profession	22.2% (6)	29.6% (8)	25.9% (7)	0.0% (0)
	Kinésithérapeute	Ergothérapeute	Psychologue	Puéricultrice
	0.0% (0)	0.0% (0)	3.7% (1)	0.0% (0)
	Autre 18.5% (5) Précisez : agent service hospitalier, cadre de pôle, psychomotricien, assistante socio éducative, assistante sociale			

	Oui	En grande partie	Partiellement	Non
54. Ce questionnaire vous a-t-il permis de vous interroger sur vos pratiques ?	25.9% (7)	29.6% (8)	22.2% (6)	22.2% (6)

55. Vos commentaires :

Merci de votre participation !



www.has-sante.fr



www.forap.fr

QUESTIONNAIRE ENTRETIENS HÔPITAL PAUL GUIRAUD VILLEJUIF

Trame pour les entretiens des professionnels

Court entretien semi dirigé proposé (volontariat) aux professionnels de l'hôpital PGV afin de mieux appréhender leur perception de la bientraitance, les facteurs pouvant impacter leurs pratiques, mais aussi leurs propositions en matière de bientraitance et la manière dont ils souhaiteraient participer à la promotion de la celle-ci dans leur quotidien.

1. Aviez-vous déjà entendu parler du concept de bientraitance avant de remplir le questionnaire ANESM ou cet entretien ? Si oui, par quel biais ?
2. Qu'évoque pour vous le terme bientraitance ? Et celui de maltraitance ?

Rappel de la définition de la bientraitance par l'ANESM afin de faciliter la suite de l'entretien

« La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance. »

3. Selon vous, comment la bientraitance s'applique-t-elle au quotidien dans votre travail ?
4. Existe-t-il des situations dans votre pratique professionnelle où une attitude bientraitante était difficile à tenir ?
5. Existe-t-il des pathologies ou des « types de patient » où il vous est plus difficile d'avoir une attitude bientraitante ?
6. Les autres soignants vous semblent-ils en difficulté vis-à-vis des mêmes patients ? Comment comprenez-vous cela ?
7. Avez-vous été confronté à des attitudes/comportements dans votre travail ne vous semblant pas respecter les valeurs de la bientraitance ?
8. Avez-vous pu discuter de vos questionnements, difficultés ? Avec qui ? Etes-vous inquiet de conséquences éventuelles sur votre lieu de travail ? Lesquels ?
9. Selon vous, quelle image du milieu institutionnel psychiatrique a le grand public ? votre entourage proche ?
10. Cette image vous semble-t-elle proche de la réalité ?
11. Quel regard portent les patients, les autres professionnels de l'établissement et le grand public sur votre métier ? Comment vivez-vous celui-ci ?
12. Connaissez-vous des mesures prises par le service ou l'hôpital afin de promouvoir la bientraitance ?
13. Quelles améliorations souhaiteriez-vous pour améliorer/faciliter une attitude bientraitante au sein de l'établissement ?
14. Souhaiteriez-vous être impliqué dans une réflexion régulière sur la bientraitance ?

Comité de Réflexion Ethique

Règlement intérieur du comité de réflexion éthique

PRÉAMBULE.

La loi du 4 mars 2002, sans la rendre obligatoire, encourage la création au sein des établissements hospitaliers de comités de réflexion éthique en leur demandant de mener « en leur sein une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale. »

La HAS dans la version 2010 de son manuel de certification souligne que « le rythme toujours plus soutenu des progrès de la technologie et de la science médicale, les risques de dépersonnalisation liés à la spécialisation très poussée d'une partie de la médecine, l'exigence accrue de maîtrise des dépenses de santé, l'évolution des modes de légitimation de l'exercice de l'autorité rendent nécessaire d'intégrer la réflexion et le questionnement éthiques aux arbitrages auxquels est confronté l'ensemble des professionnels exerçant en établissements de santé. »

Au-delà d'une réponse à une demande sociale particulière, il convient pour la communauté hospitalière de prendre conscience des enjeux éthiques de nos pratiques et de nos décisions. Les spécificités de la psychiatrie où le professionnel est amené à prendre des décisions touchant les libertés individuelles font que les préoccupations éthiques revêtent une certaine acuité. Les demandes sociétales envers la psychiatrie sont nombreuses, parfois contradictoires et le professionnel n'est pas à l'abri de pressions de toutes sortes. Nous ne pouvons donc pas faire l'économie d'une large réflexion sur les valeurs que nous privilégions individuellement ou collectivement, sur les finalités de notre activité professionnelle et sur les missions de notre établissement hospitalier. La création d'un comité de réflexion éthique (CRE) au sein du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif vise donc à favoriser la discussion, la confrontation des valeurs et des représentations dans le but d'apporter aux équipes pluridisciplinaires de l'établissement et à l'institution hospitalière des avis et des conseils qui favorisent le développement d'une approche et de réponses éthiques aux problèmes auxquels ils sont confrontés.

Cette définition de l'éthique proposée par Jean-Marie MANTZ sert de guide à l'activité de ce comité : « *L'éthique est une réflexion sur les valeurs humaines, c'est-à-dire sur la vie, la qualité de vie, l'identité des personnes, la liberté, l'autonomie, la confidentialité. Elle amène à choisir non entre le bien et le mal, mais entre plusieurs formes de bien. Elle gère des conflits de valeurs. Elle est réflexive, optative, tolérante, interactive dans la mesure où elle accepte, le cas échéant, une remise en question. Elle est autre chose qu'un ensemble de règles à appliquer de manière rigide.* »

Les démarches « qualité » et d'amélioration des pratiques professionnelles qui sont déjà mises en œuvre au sein de notre établissement se situent déjà dans la sphère éthique en plaçant le patient comme finalité première de nos actions. Le souci d'autrui, la qualité de la relation à l'autre constituent l'aune pour juger de l'ensemble du processus qui concourt à nos actions et à nos décisions. Certains considèrent même l'attention à autrui comme le précepte éthique qui englobe tous les autres.

Dans une séance de l'année 2009, la commission médicale d'établissement a voté le principe de création d'un comité de réflexion éthique.

Les membres du comité de réflexion éthique ainsi que les personnalités extérieures invitées à participer aux délibérations sont tenues au respect de la confidentialité des débats et du secret professionnel. Ils sont réputés intègres dans l'exercice de leurs fonctions. Ils ne peuvent et ne doivent pas faire l'objet de pressions de toute sorte et de toute origine, notamment hiérarchiques dans le cadre de leur mission au sein du comité.

Article 1 - MISSIONS DU COMITÉ DE RÉFLEXION ÉTHIQUE :

- 1) Émettre des avis généraux sur des sujets qui préoccupent l'ensemble de la communauté hospitalière.
- 2) Donner un avis sur un problème difficile à résoudre dans un cas particulier.
- 3) Stimuler la réflexion éthique dans l'établissement et favoriser la prise en compte de la dimension éthique dans nos pratiques.
- 4) Participer à des activités éducatives, favoriser l'accès à des ressources documentaires et informer les professionnels de l'établissement sur les conférences, les colloques et les formations en matière d'éthique clinique.

Le comité de réflexion éthique est susceptible de se prononcer et d'émettre un avis sur tous les questionnements éthiques liés aux soins et à leur organisation. Le comité pourra s'autosaisir des questions éthiques liées aux activités de notre établissement.

Ce dispositif de réflexion éthique et le travail élaboré contribueront à améliorer les relations avec les patients et avec leurs proches.

Les avis et les recommandations du comité de réflexion éthique ont une valeur consultative et informative et ne revêtent aucun caractère obligatoire.

Article 2 - COMPOSITION DU COMITE DE RÉFLEXION ÉTHIQUE.

Le comité de réflexion éthique a une composition pluri professionnelle. Il est composé d'un noyau médical, de représentants des autres catégories professionnelles de l'établissement (psychologues, filières soignante, sociale et administrative), d'un représentant des usagers et de personnalités extérieures qualifiées qui pourront être sollicitées pour aider le comité dans sa réflexion. Les membres sont volontaires et bénévoles et devront présenter leur candidature.

2- a : La répartition des membres se fait de la manière suivante :

- cinq médecins désignés par la commission médicale d'établissement ;
- cinq membres du personnel soignant ;

- cinq professionnels issus des filières non soignantes.

2- b : Mandat des membres :

Le mandat initial est de trois ans, puis le renouvellement se fera par tiers tous les ans, par tirage au sort des participants les plus anciens.

Un appel à candidature sera diffusé publiquement et le choix se fera par les membres du comité. Les candidatures seront examinées en tenant compte des motivations du postulant, de son intérêt pour l'éthique et/ou d'une expertise particulière chez le postulant.

Le comité de réflexion éthique est présidé par un praticien désigné par le président de la commission médicale d'établissement après avis de ladite commission.

Le représentant du comité de réflexion éthique au sein de l'établissement participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

2-c : Bureau du comité :

Le comité élit en son sein un bureau composé du président, d'un vice président et d'un secrétaire. Le vice-président est issu d'une catégorie professionnelle autre que médicale.

2-d : Missions du bureau :

- Organisation matérielle des réunions : envoi des convocations et des invitations, établissement de l'ordre du jour, diffusion des comptes-rendus, organisation de la publicité et de la communication autour des activités du comité de réflexion éthique.
- Le bureau reçoit les saisines (par courrier ou par courriel), en étudie la pertinence et les porte à la connaissance de l'ensemble du comité.

Article 3 - MODALITÉS DE SAISINE.

Le comité de réflexion éthique peut être saisi :

- Par le Directeur, le Président de la CME et les responsables de l'ensemble des instances de l'établissement.
- De manière individuelle ou collective par des professionnels de l'établissement, des praticiens libéraux, des personnels soignants extérieurs concernés par des problématiques générales liées à l'hôpital, des usagers ou leurs représentants et par les familles.

La personne ou le groupe qui sollicite l'avis du comité de réflexion éthique sur une situation clinique déterminée, doit adresser sa requête écrite au bureau qui examine si la situation qui lui est présentée comporte un problème éthique justifiant son intervention. Le bureau peut solliciter l'avis des autres membres du comité.

Après l'examen préalable, le bureau conclut soit :

- à la reconnaissance de la compétence du comité de réflexion éthique et à l'opportunité pour celui-ci de rendre un avis. Le sujet est donc mis à l'ordre du jour de la prochaine séance plénière du comité et la requête est adressée aux membres par tout moyen, au

moins trois jours avant la tenue de la session. (Si la saisine concerne un cas concret, l'équipe médicale concernée est informée.)

- À l'absence de motifs suffisants pour saisir le comité de réflexion éthique. Le bureau en avise immédiatement le requérant et un bref rapport écrit, dûment motivé, lui est adressé.

Cette délibération est communiquée à l'ensemble des membres du comité lors de la prochaine séance plénière.

- Le comité peut également s'autosaisir.

Article 4 - PROCESSUS DE DISCUSSION AU SEIN DU CRE.

Les membres du bureau informe les équipes concernés par la saisine. Les sujets retenus sont présentés aux membres du comité de réflexion éthique qui peuvent entendre les personnes intéressées. Chacun est encouragé à faire valoir son point de vue, car la valeur d'un avis du comité repose essentiellement sur la richesse de l'argumentation. Si l'un des membres du comité est directement impliqué dans la situation clinique examinée, il doit se retirer de la délibération. Le comité de réflexion éthique peut faire appel à des personnes extérieures qualifiées pour l'éclairer dans le processus de délibération.

Pour l'analyse des sujets qui lui sont soumis, le comité de réflexion éthique s'attache à la démarche suivante :

- . Prendre conscience de la situation.
- . Clarifier les valeurs conflictuelles de la situation.
- . Donner un avis éthique par la résolution rationnelle du conflit des valeurs de la situation.
- . Établir un dialogue réel avec les personnes impliquées.

Lorsque le comité est sollicité pour émettre des recommandations, il peut constituer un groupe de travail chargé de préparer un projet de recommandations et il peut également faire appel à des experts extérieurs.

Article 5 - REGLES DE FONCTIONNEMENT.

Le secrétariat des séances sera assuré par le secrétariat du comité.

Fréquence des réunions :

La fréquence annuelle des réunions du comité est de cinq séances avec une répartition de trois séances au cours du premier semestre et de deux séances au second semestre. Des réunions supplémentaires pourront être organisées en fonction des sujets à traiter. Un calendrier annuel est retenu.

La convocation se fera 15 jours avant la séance avec la transmission de documents s'il y a lieu.

Le comité de réflexion éthique établit un rapport annuel d'activité qui est adressé à la direction de l'établissement ainsi qu'aux différentes instances.

Article 6 - CONDITIONS DE DIFFUSION DES AVIS.

Lorsqu'il est saisi d'un cas concret, les comptes-rendus des délibérations ainsi que les avis doivent respecter le principe de l'anonymat.

Les avis sont communiqués à l'auteur de la saisine ainsi qu'à l'équipe médicale concernée lorsqu'ils portent sur un cas concret. Les avis et les recommandations à caractères généraux éventuellement établis après l'examen de plusieurs cas concrets reliés à la même problématique ou les avis généraux sur des sujets qui préoccupent l'ensemble de la communauté hospitalière font l'objet d'une large diffusion au sein de l'établissement.

Les avis et les recommandations du comité de réflexion éthique doivent refléter la pluralité des arguments développés au cours des débats. Ils doivent faire l'objet d'un consensus. En cas de désaccord ou d'avis divergent entre les membres du comité, plusieurs points de vue figurent au recueil des délibérations.

Article 7 - Moyens nécessaires au fonctionnement du comité de réflexion éthique.

- Tout membre du comité de réflexion éthique assiste aux séances sur son temps de travail et avec le soutien de sa hiérarchie. Le temps nécessaire doit être dégagé de son emploi du temps pour pouvoir assister aux réunions.
- Une salle est mise à disposition
- une adresse électronique est créée

Les frais de fonctionnement portent sur :

- Un temps de secrétariat dédié peut être mis à disposition du comité de réflexion éthique pour la rédaction des comptes-rendus, les convocations, la diffusion des différents documents.
- Un accès à des formations spécifiques pour les membres du comité.
- La constitution d'un fonds documentaire à la bibliothèque de l'établissement.
- Le défraiement si nécessaire des personnes extérieures invitées.