

le

Les 20 ans de Psychikos
Psychologue à l'hôpital :
une espèce à protéger ?

Jeudi 24 novembre 2011
Auditorium de l'HEGP

journal

Psychikos

Bulletin de l'Association des psychologues cliniciens hospitaliers de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Retrouvez nos actualités,
mais aussi de nombreux
textes réglementaires sur
notre site internet :



www.psyclihos.org

Pour nous joindre



PSYCLIHOS,
Unité Gatineau - Lebard
Hôpital Sainte Périne - AP-HP
11 rue Chardon Lagache
75 781 Paris cedex 16



contact@psyclihos.org

Bureau :

<i>Élodie Sâles</i>	<i>Présidente</i>
<i>Martine Shindo</i>	<i>Vice présidente</i>
<i>Élodie Métivet</i>	<i>Secrétaire générale</i>
<i>Nicole Sense</i>	<i>Secrétaire adjointe</i>
<i>Christine Schwanse</i>	<i>Trésorière</i>
<i>Catherine Holzman</i>	<i>Trésorière adjointe</i>

Membres du Conseil d'Administration :

<i>Françoise Adriansen</i>	<i>Marie-Victoire Chopin</i>
<i>Céline Le Bivic</i>	<i>Patrice Nominé</i>
<i>Ambre Piquard</i>	

Présidente d'honneur :

Martine Bonnet Lecuir

Ce journal est aussi le vôtre !

Nos pages vous sont ouvertes :
N'hésitez pas à nous faire parvenir vos articles, originaux ou non : quelques lignes ou plusieurs pages sur votre pratique clinique hospitalière, des réflexions autour d'un cas ou d'une thématique, ou la présentation d'un travail de recherche...

Au plaisir de vous lire !

Le contenu des articles qui paraissent dans le bulletin de l'association ("Le Journal") n'engage que la seule responsabilité de leurs auteurs. Les membres du Bureau décident de la publication de tout article qui leur est proposé et se réservent le droit de solliciter les modifications de forme qu'ils jugent nécessaires.

Dans ce numéro :

	Page
Éditorial	3
Ouverture de la journée	7
Être psychologue ou faire de la psychologie ? Statut, fonctions, quelles compétences ?	10
Loi HPST, titre de psychothérapeute... Quels changements pour le métier de psychologue ?	23
Unité dans la diversité des pratiques : transversalité de nos cliniques	49
Cliniques particulières, Pratiques innovantes	68
Clôture de la journée	86
Adhésion	88

Le journal

N°18 - Janvier 2012

Éditorial

Numéro exceptionnel pour commencer cette nouvelle année 2012 ! Nous en profitons pour vous présenter tous nos vœux pour cette année qui commence, qu'elle permette l'épanouissement de vos projets tant professionnels que personnels.

Voici les actes de notre journée du 24 novembre 2011, organisée à l'occasion des 20 ans de Psychihos.

Cette journée a été un succès, comme en témoignent les nombreux remerciements et encouragements reçus, ainsi que les évaluations des participants. Cela nous donnera peut-être l'énergie de recommencer avant notre quart de siècle !

Vous retrouverez dans ces pages la richesse des interventions proposées, afin de pouvoir prolonger les réflexions qui se sont engagées. Les interventions seront prochainement disponibles à l'écoute sur notre site internet. Très bonne lecture à tous.

Elodie Sâles, présidente

Ont participé à ce numéro :

Françoise ADRIANSEN
Marie-Lise BABONNEAU
Martine BONNET-LECUIR
Marie-Victoire CHOPIN
Muriel DEROME
Clara DUCHET
Anna ELLI-PARDO

Jacqueline FAURE
Isabelle FRETIGNY
Catherine HOLZMAN
Annie KURTZ
Nadine LABBE
Céline LE BIVIC
Élodie METIVET
Patrice NOMINE

Ambre PIQUARD
Virginie ROCARD
Élodie SALES
Christine SCHWANSE
Nicole SENSE
Natascia SERBANDINI
Martine SHINDO
Elodie TRAVERS
Benoît VERDON

Sommaire détaillé :

Le journal

N°18 - Janvier 2012

	Page
Éditorial	3
Psychihos, 20 ans déjà ! <i>Elodie Sâles</i>	8
Être ou ne pas être neuropsychologue ? <i>Annie Kurtz</i>	11
Psychologue clinicien en "psychotraumatologie" : du savoir-faire au savoir-être <i>Clara Duchet</i>	15
Aider à penser l'impensable en oncologie <i>Anna Elli Pardo</i>	19
Le psychologue entre les lignes des textes officiels <i>Nadine Labbé</i>	24
Titre de psychothérapeute : si vous avez manqué le début... <i>Virginie Rocard</i>	32
Psychothérapeute : à quel titre ? <i>Patrice Nominé</i>	43
La dimension culturelle dans l'écoute des patients migrants africains <i>Jacqueline Faure</i>	50
Psychologue en réanimation pédiatrique : témoignage d'une pratique en évolution <i>Muriel Derome</i>	60
Séjour de vacances : quelle place pour le psychologue ? <i>Céline Le Bivic</i>	63
L'accompagnement psychologique par téléphone dans les maladies de Creutzfeldt-Jakob <i>Marie-Lise Babonneau</i>	69
Parents face à l'interruption médicale de grossesse : des mots en images <i>Natascia Serbandini</i>	78
Psychologue clinicien auprès du personnel : missions, enjeux, limites <i>Isabelle Fretigny</i> <i>Elodie Travers</i>	82

20 ans de Psychihos

Psychologue à l'Hôpital : une espèce à protéger ?

→ Édito

Psychihos est une association loi 1901, créée en 1991, pour promouvoir la psychologie clinique et le rôle des psychologues à l'hôpital.

Par ses nombreuses actions à l'intention de ses adhérents et des psychologues hospitaliers, Psychihos est reconnue comme un relais et un interlocuteur auprès des différentes instances.

Pour fêter ses 20 ans, Psychihos organise cette journée ouverte à ses adhérents et à l'ensemble des psychologues de l'AP-HP. Elle offrira l'occasion de renforcer les liens professionnels entre collègues et de partager la richesse des approches cliniques.

Nous vous proposons de nous rencontrer autour des thématiques suivantes :

- > Être psychologue ou faire de la psychologie ? Statut, fonctions, quelles compétences ?
- > Loi HPST, titre de psychothérapeute... Quels changements pour le métier de psychologue ?
- > Unité dans la diversité des pratiques : transversalité de nos cliniques
- > Cliniques particulières, pratiques innovantes

Comité d'organisation

Catherine Holzmann
Céline Le Bivic
Ambre Piquard
Elodie Sâles
Nicole Sense

Comité scientifique

Françoise Adriansen
Nadine Labbé
Patrice Nominé
Elodie Sâles
Christine Schwanse
Martine Shindo
Benoît Verdon

En partenariat avec



**DRH AP-HP, Centre de la Formation et du
Développement des Compétences - Institut de
Formation des Cadres de Santé**

→ Le programme de la journée

8h30 : Accueil des participants

9h-9h30 : Ouverture

- Allocution d'ouverture

Alain Burdet, DRH AP-HP

- Psychihos, 20 ans déjà !

Elodie Sâles, présidente de Psychihos

9h30 - 11h : Être psychologue ou faire de la psychologie ? Statut, fonctions, quelles compétences ?

Modérateur : Benoît Verdon, Université Paris Descartes

- Être ou ne pas être neuropsychologue ?

Annie Kurtz, Lariboisière

- Psychologue clinicien en "psychotraumatologie" : du savoir-faire au savoir-être

Clara Duchet, Tenon

- Aider à penser l'impensable en oncologie

Anna Elli Pardo, Saint-Louis

11h - 11h30 : Pause

11h30 - 13h : Loi HPST, titre de psychothérapeute... Quels changements pour le métier de psychologue ?

Modérateur : Françoise Adriansen, membre du CA de Psychihos

- Le psychologue entre les lignes des textes officiels

Nadine Labbé, Cochin

- Titre de psychothérapeute : si vous avez manqué le début...

Virginie Rocard, Sainte Périne

- Psychothérapeute : à quel titre ?

Patrice Nominé, Fernand Widal

13h - 14h30 : Repas libre

14h30 - 16h : Unité dans la diversité des pratiques : transversalité de nos cliniques

Modérateur : Patrice Nominé, Fernand Widal

- La dimension culturelle dans l'écoute des patients migrants

Jacqueline Faure, Tenon

- Psychologue en réanimation pédiatrique : témoignage d'une pratique en évolution

Muriel Derome, Raymond Poincaré

- Séjour de vacances : quelle place pour le psychologue ?

Céline Le Bivic, Émile Roux

16h - 17h30 : Cliniques particulières, pratiques innovantes

Modérateur : Martine Shindo, Saint Louis

- L'accompagnement psychologique par téléphone dans les maladies de Creutzfeldt-Jakob

Marie-Lise Babonneau, Pitié Salpêtrière

- Parents face à l'interruption médicale de grossesse : des mots en images

Natascia Serbandini, Jean Verdier

- Psychologue clinicien auprès du personnel : missions, enjeux, limites

Isabelle Fretigny, Saint Louis



Psychologue à l'hôpital :
une espèce à protéger ?

Ouverture

> Allocution d'ouverture

Alain Burdet, DRH AP-HP

> Psychikos, 20 ans déjà !

Elodie Sâles, présidente de Psychikos

Page 7

Psychihos, 20 ans déjà !

Elodie Sâles, présidente de Psychihos

Je vais commencer par quelques remerciements, rapides.

En premier lieu, vous, Monsieur Burdet, vous nous avez fait l'honneur d'ouvrir cette journée. Plus qu'un honneur, votre soutien nous a été si précieux !

Quand nous avons évoqué avec vous l'idée d'une journée anniversaire, mais alors de façon encore lointaine dans nos esprits, votre encouragement, sans faille, dès l'annonce de cette éventualité, nous a donné l'énergie d'affronter l'organisation de cet événement.

C'est pourquoi, au nom des membres du conseil d'administration, des comités scientifiques et d'organisation je tiens à vous remercier chaleureusement de votre soutien et du solide intérêt que vous témoignez à notre profession.

Cet engagement de la Direction des ressources Humaines de l'APHP à nos côtés, comme il y a 20 ans, nous permet de nous retrouver dans ce bel amphi pour partager cette journée. Et nous remercions aussi l'Institut de Formation des Cadres de Santé APHP pour l'efficacité de son aide logistique et de la gestion des inscriptions jusqu'à ce jour et même au-delà !

Mes remerciements vont aussi à vous tous, qui êtes ici aujourd'hui. Nombre d'entre vous nous connaissent déjà, en tant qu'adhérents, actuels ou passés, souvent d'une grande fidélité au cours des années. D'autres nous suivent avec intérêt sans nous avoir (encore ?) rejoints et de nombreux jeunes collègues nous découvrent, ou ont déjà découvert notre site internet.

Notre site internet sur lequel vous pouvez suivre l'actualité de notre association, nous rejoindre ou vous inscrire à notre infolettre. L'espace adhérent propose de nombreux services, comme les postes à pourvoir, à l'AP-HP ou à la FPH qui intéressent tous collègues qu'ils soient titulaires, contractuels ou en recherche d'emploi. Bien évidemment ces services sont réservés à nos adhérents, tout comme nos brèves par mail qui vous informent de l'actualité et nos journaux.

Dès sa création, Psychihos s'est donné pour rôle de témoigner de l'apport de la Psychologie Clinique à l'hôpital et de l'affirmer la présence. Informer, communiquer et être un relais entre les psychologues, échanger non seulement entre pairs, mais être aussi un interlocuteur pour l'institution quant à notre profession.

L'histoire de l'association est intimement liée à celle de notre profession puisque Psychihos voit sa naissance en janvier 1991 quelques jours avant la parution du décret qui fonde le statut de psychologue hospitalier.

1991 -2011 : vingt ans de psychologie à l'hôpital ! nous y voilà !

Les 20 ans de Psychihos ont été l'occasion unique de nous replonger dans les archives de notre association. Nous partageons la richesse de ce singulier voyage dans le temps, dans le Numéro spécial 20 ans du journal de Psychihos que vous trouverez dans vos pochettes.

Il retrace l'histoire de Psychihos, à travers celle de la psychologie à l'hôpital, en s'arrêtant sur les grandes dates qui ont jalonné le métier de

psychologue :

1991, le décret portant statut particulier de psychologue hospitalier, 1996, le code de déontologie, 2003 la décentralisation de gestion au sein de l'AP-HP et les conséquences que nous vivons depuis, pour n'en citer que quelques unes...

Cette plongée historique, loin d'être nostalgique, nous permet de rappeler, au fil des articles parus durant ces deux décennies dans nos journaux, combien l'actualité de notre profession s'appuie sur son passé. Connaître cette histoire, notamment pour nos plus jeunes collègues, nous semble nécessaire pour comprendre les enjeux qui traversent actuellement notre profession. Il est d'ailleurs étonnant de lire combien des articles, pourtant anciens, gardent toute leur fraîcheur, traitant déjà de problématiques qui apparaissent récurrentes ou abordant des questionnements qui aujourd'hui pourraient sembler novateurs...

C'est donc autour de quelques grands thèmes toujours actuels comme la déontologie des psychologues, la saga des concours sur titres, la Fiche métier, la fonction FIR, la Psychiatrie de liaison ou les psychothérapies et la loi que nous vous invitons à plonger dans notre journal spécial.

Nous retrouvons aujourd'hui certains de ces sujets dans le programme de cette journée.

Il illustre les champs d'interventions qui animent l'association depuis sa création : la fonction de psychologue, les changements induits

par la législation, la diversité des pratiques et les cliniques particulières...

Nous souhaitons pouvoir témoigner de la richesse et de la diversité des pratiques des psychologues cliniciens à l'hôpital. Bien sûr, en 20 ans la place des psychologues hospitaliers a évolué, leur nombre aussi. La variété des interventions témoigne de la richesse des champs d'exercice possibles, parfois insoupçonnés au sein de notre institution qu'est l'AP-HP.

Derrière un titre un peu provocateur, nous souhaitons vous mobiliser dans l'ancrage toujours nécessaire de notre profession au sein de l'APHP. Le cadre de notre exercice est toujours fragile, voire mis à mal. En ces temps heurtés et parfois incertains, nous espérons pouvoir partager notre énergie pour protéger notre exercice si particulier. Être psychologue à l'hôpital c'est bien sûr être à la rencontre des patients et de leurs proches, dans leurs singularités, mais aussi des équipes soignantes, sans oublier la participation à la vie institutionnelle comme ce sera abordé dans les différentes interventions que vous allez entendre aujourd'hui.

Sans plus attendre, nous cédon la place à la première session de la matinée, dans le vif du sujet : "être psychologue ou faire de la psychologie ? statut, fonctions, quelles compétences ?" modérée par Benoît Verdon, long-temps psychologue hospitalier, maintenant au sein de l'Université. ●



Psychologue à l'hôpital :
une espèce à protéger ?

Être psychologue ou faire de la psychologie ?

Statut, fonctions, quelles compétences ?

Modérateur : Benoît Verdon, Université Paris Descartes

> Être ou ne pas être neuropsychologue ?

Annie Kurtz, Hôpital Lariboisière

Page 11

> Psychologue clinicien en psychotraumatologie" : du savoir-faire au savoir-être

Clara Duchet, Hôpital Tenon

Page 15

> Aider à penser l'impensable en oncologie

Anna Elli Pardo, Hôpital Saint-Louis

Page 19

Être ou ne pas être neuropsychologue ?

Neuropsychologue: une espèce nouvelle ? Plus résistante ?

Mieux adaptée à la vie hospitalière ou aux institutions?

Plus respectée des médecins prescripteurs ?

Annie Kurtz

Service de Neurologie Hôpital Lariboisière

"La réalité objective d'une atteinte cérébrale à l'origine des troubles présentés par le patient ne doit jamais occulter le fait d'une histoire, d'un équilibre psychique et d'une individualité malmenée"

Charte des CPCN - Collèges des Psychologues Cliniciens spécialisés en Neuropsychologie

J'ai bien imprudemment accepté il y a quelques mois de prendre la parole pour célébrer les 20 ans de l'association PsychiHOS. De plus, j'ai accepté de vous faire partager mes réflexions sur la place du psychologue dans le champ de la santé et cerise sur le gâteau pour la défense et l'illustration de la neuropsychologie clinique.

Mon propos n'est pas de polémiquer, mais de réfléchir ensemble aux charmes et aux dangers que représente le terme de "neuropsychologue" si prisé par certains actuellement.

La présence de psychologues au sein des services hospitaliers est ancienne, ils ou elles assurent à la fois le travail de bilan et celui de soutien auprès des patients. Mais le genre "neuropsychologue" n'existe que depuis peu. Le terme neuropsychologue séduit beaucoup les jeunes collègues, et même certains paramédicaux comme les orthophonistes, les ergothérapeutes et même quelques kinésithérapeutes. Nombreux sont ceux dans le champ de la neuropsychologie qui revendique le "label"

de neuropsychologues. Depuis quelques années, les lettres de motivation qui accompagnent les demandes de stages s'adressent à la "neuropsychologue" que je suis censée être et les candidates et candidats déclarent leur "passion" pour le métier de "neuropsychologue". Et je m'interroge sur cette ferveur.

Quelle définition de la neuropsychologie pouvons-nous faire nôtre ? Il y a 10 ans, en mars 2001, le Collège des Psychologues Cliniciens spécialisés en Neuropsychologie (CPCN), pour les États Généraux de la Psychologie, définissait ainsi la neuropsychologie :

"La neuropsychologie est la discipline qui traite des relations entre les processus mentaux sous-tendant le raisonnement, l'attention, la mémoire, la perception, les gnosies, les praxies, le langage, le comportement émotionnel et l'activité du cerveau. Lors des lésions cérébrales, les conséquences concerneront à la fois, l'efficacité de la cognition et l'adaptabilité des conduites de l'individu. Cette nécessaire appréciation analytique et synthétique du psychisme humain caractérise "l'approche neuropsychologique".

La neuropsychologie est un champ multidisciplinaire où se retrouvent différents métiers et les zones de recouvrement peuvent être larges pour certains. Je milite aujourd'hui pour défendre le fait qu'un bilan réalisé par un psychologue, même si les tests utilisés par d'autres intervenants sont identiques, reste un bilan dif-

Être psychologue ou faire de la psychologie ?

férent. Ce travail d'analyse et synthèse, rappelé dans la définition citée, fonde la totalité de nos pratiques en neuropsychologie.

L'acte le plus fréquent est le bilan : bilan pour plaintes mnésiques, diagnostic différentiel entre dépression et maladie neurodégénérative, séquelles d'accident vasculaire, séquelles de traumatisme crânien, et nous intervenons également dans le suivi et la réhabilitation dans les services de soins de suite. Même dans le cadre d'une évaluation en vue d'une "rééducation" nous savons devoir tenir compte des mouvements psychiques à l'œuvre dans tout individu et qui vont peser sur ce travail.

Notre code de déontologie spécifie que le respect de la vie psychique fonde notre action, ce respect de la vie psychique tout au long de nos années d'études, nous avons été formés à y porter une attention toute particulière. Nos acquis, nos savoirs modifient notre approche.

Quel peut être le sens pour un ou une psychologue à vouloir changer de nom ?

N'est-ce pas alors en gardant notre position de psychologue et donc aussi clinicien que nos actions prennent sens dans la prise en soin des patients ?

Ce que je redoute le plus est que cette appellation "neuropsychologue" ne confine les psychologues dans un exercice limité à la passation des tests et au traitement des chiffres qui en résultent ! Comme si le "neuropsychologue" ne devait mettre en œuvre aucun savoir clinique. Il est vrai que la formation donnée par l'université conditionne en partie nos pratiques, et certaines universités ne semblent plus accorder de place à la structure de la personnalité ni aux aspects thymiques dans leur master de neuropsychologie. Replacer le patient dans son histoire reste primordial quels que soient les avatars neurologiques.

Qu'avons-nous à gagner en devenant "neuropsychologue" ?

Les offres d'emploi sont nombreuses et les jeunes diplômés ne restent pas longtemps sans emploi. Les médecins, psychiatres, neurologues ou gériatres, avec qui nous collaborons veulent travailler avec des "neuropsychologues". Le risque me paraît grand qu'ils recherchent essentiellement des "testeurs" pour leurs publications, ou leurs consultations. Dans les recherches, il s'agit pour des collègues formés à la psychologie pendant au moins 4 ans puis spécialisés en deuxième année de Master, c'est-à-dire après 5 années d'études d'appliquer des protocoles de test dont ils n'ont même pas eu la possibilité de discuter le contenu et le choix des outils. (Les textes nous reconnaissent pourtant la liberté du choix de nos outils).

La pratique de la neuropsychologie peut être "passionnante", à condition de ne pas être instrumentalisée par les médecins. En préparant mon intervention, il m'est apparu que je pourrais citer comme étude de cas nombre de situations de souffrance de nos collègues dans les institutions. Je pourrais vous présenter des vignettes cliniques où les psychologues se mettent en danger en s'enfermant dans cette appellation qui convient si bien à nos collègues d'autres disciplines et à nos employeurs. Dans les consultations mémoire, la place faite aux "neuropsychologues" peut être très différente suivant les attentes et les projets de leurs partenaires médicaux ou institutionnels et parfois ces exigences entraînent une véritable souffrance pour nos collègues. Peut-on exercer son savoir-faire et son savoir être de psychologue quand on attend de nous de recevoir 4 ou 6 patients par jour ? Ces bilans TGV laissent peu de place à l'intersubjectivité du psychologue et du patient, alors que dans d'autres lieux, l'évaluation peut respecter la singularité du patient, de sa famille et la déontologie du psychologue.

Il y a des temps dans la pratique d'un bilan neuropsychologique qui restent des temps cliniques. Avant d'entreprendre un bilan, le psy-

chologue spécialisé en neuropsychologie, comme tous les psychologues, doit pouvoir interroger "la demande" : de qui vient cette demande, le patient, le médecin, ou la famille et qu'en attendent ces différents partenaires. Comment cet examen s'inscrit-il dans le projet thérapeutique ?

L'entretien préliminaire ne consiste pas à reprendre l'anamnèse au sens médical, histoire de la maladie, mais au sens psychologique : entendre l'histoire d'un sujet. Comme l'a écrit Emmanuelle Truong-Minh, actuelle présidente du CPCN, à propos de ce temps d'un bilan : "Inscrite dans la relation, portée par le langage, c'est cette présence à l'autre qui fonde notre action. Dans le temps de la consultation, que je réalise un entretien, que je propose des tests, que JE parle ou que JE écoute, je suis là, au moins là, de manière absolue et entière. Pour la personne, à mon sens, il n'est rien de plus précieux que l'établissement de cette relation clinique. Car, ces instants, où l'objectivation de difficultés qu'elles soient psychopathologiques ou neuropsychologiques risque d'advenir, sont fondamentaux dans le parcours de vie, le parcours de santé et le parcours de la maladie de la personne. Pouvoir prendre appui sur cette relation permet la mise en perspective des difficultés, permet de supporter le traumatisme psychique éventuel, permet de s'écrouler, peut-être, sans être seul.

Je me souviens d'un patient qui m'a été adressé pour plaintes mnésiques et éventuelles séquelles d'un AIT. Ce monsieur de 60 ans était marié, père de 3 enfants, cadre dirigeant dans une entreprise. A la suite de son accident ischémique transitoire, il avait le sentiment de ne plus pouvoir faire face à ses obligations professionnelles. Sa vie professionnelle était parasitée par le danger de voir ses difficultés constatées par "les autres" surtout par son responsable hiérarchique. Dès le début de l'entretien, il semblait éprouver une certaine inhibition anxieuse, son expression spontanée restait fac-

tuelle et retenue. Après quelques épreuves d'attention et de mémoire sans résultat pathologique, je m'autorisai à abandonner les épreuves pour poursuivre l'entretien au cours duquel j'appris que la veille, il avait accompagné sa mère, contre son gré, dans une institution pour patients souffrant de maladie d'Alzheimer. Alors qu'il a des frères et sœurs, il avait été seul à faire cette démarche, contraint et forcé par la santé chancelante de son épouse atteinte d'un cancer du sein... quand j'évoque avec lui la possibilité d'aller en parler avec un psy, il me dit y avoir déjà pensé mais renoncé parce qu'il avait peur de s'effondrer.

Nous avons la responsabilité de notre bilan mais nous ne pouvons délivrer un diagnostic (c'est de la compétence du médecin) ; pourtant l'entretien dit de restitution est un temps d'échange privilégié qui rend au patient sa place de sujet ; mais ce temps-là prend du temps et "on" ne nous le donne pas toujours !

Le temps de l'examen psychologique n'est pas celui des "examens complémentaires" prescrits par les médecins. On sait bien qu'il est toujours utile de faire préciser la demande, de refuser de "tester Monsieur X ou Y", on teste une hypothèse pas un individu, de dire non parfois parce qu'on sait qu'on ne répondra pas à la question ou parce que les conditions de l'examen ne respectent pas le patient ou notre autonomie professionnelle. Le questionnement sur "l'objet de la demande" est dans le champ de compétence des psychologues, nous avons été formés à ce travail. La demande des médecins, de l'équipe, du patient ou de sa famille doit être analysée.

Peut-on imaginer que se faire connaître comme "neuropsychologue" lorsqu'on est psychologue serait un moyen d'échapper à la difficulté de maintenir notre position singulière dans le monde de la santé ?

Certes la pratique de la neuropsychologie requiert des connaissances sur le fonctionne-

ment du cerveau, sur les troubles cognitifs associés aux lésions cérébrales, sur la signification des localisations anatomo-cliniques et ce travail permanent de réflexion et d'échange avec les autres intervenants dans la prise en charge d'un patient est enrichissante et parfois passionnante comme peuvent l'exprimer les lettres de motivation des demandes de stages. Mais pratiquée par des psychologues, elle pour reste un lieu privilégié où la parole du patient peut être entendue pas seulement sur ses troubles ou ses capacités préservées mais sur ce qu'il comprend de ce qui lui arrive, sur son ressenti et le psychologue est présent pour l'accompagner dans ce nouveau travail psychique. Être spécialisé en neuropsychologie est une position exigeante, comme pour chaque psychologue, c'est l'absolue nécessité d'actualiser nos connaissances sur les pathologies, les nouveaux outils, mais c'est aussi prendre le risque de partager nos doutes sur notre approche d'un patient dont on prend en compte l'histoire, le contexte affectif, social, professionnel. C'est une tâche difficile que d'essayer d'aborder un patient dans sa globalité et pas seulement sur ses troubles cognitifs. Personnellement, je ne suis jamais sûre d'avoir bien analysé l'ensemble des éléments que le patient me permet d'appréhender, j'ai la chance de ne pas être seule dans mon service et de pouvoir partager mes doutes avec mes collègues.

Enfin, le terme "neuropsychologue" peut représenter une menace pour le corps des psychologues.

Nous expérimentons chaque jour la difficulté à défendre notre place de psychologue. On nous reproche notre "image floue", d'être des "électrons libres" dans les services, d'être des "produits de luxe" sans nomenclature de nos activités (si ce n'est dans la CCAM qui ne concerne que les médecins). Le texte qui éclaire notre champ d'activité, le seul qui ait une valeur légale est celui de 1985 qui définit notre statut

et nous savons bien combien l'incitation au respect de ce texte est une tâche récurrente pour nous. J'ai commencé à travailler à l'AP-HP en 1971, la publication de ce texte puis des circulaires de 1991 ont représenté un moment d'espoir ; mais j'ai appris tout au long de mes années d'expérience que ce travail d'explicitation de ce qu'est un psychologue n'a pas de fin. Parfois la confusion qui règne dans l'esprit de nos employeurs les "arrangent bien", pour exemple : des postes de neuropsychologues/animateurs offerts dans les EPHAD . Parfois cette confusion est sincère : tel nouveau chef de service qui travaille depuis de longues années avec des psychologues et qui reçoit de la DRH un rappel sur le temps FIR et qui s'étonne de son contenu...

Notre code de déontologie est une référence indispensable pour nous mais n'est toujours pas un texte opposable à un employeur.

Ces textes ont été écrits pour les psychologues, ce sont des repères pour les psychologues. Il a existé un mouvement qui souhaitait différencier les psychologues et les neuropsychologues avec la volonté d'obtenir un statut à part. Quand on connaît la difficulté d'une reconnaissance légale, la fragilité du corps des psychologues toujours prêt à se morceler en certaines d'associations... on peut se demander si le métier de psychologue n'est pas effectivement en danger, et se revendiquer neuropsychologue, pédopsychologue comme le laisse entendre l'actuelle fiche métier nous expose encore plus ... (heureusement cette fiche doit être remplacée en 2012)

Notre seule protection repose sur les textes de loi qui définissent le titre de psychologue ; il n'y a pas de titre de "neuropsychologue" ni de titre de psychologue clinicien et ce n'est pas l'aventure du titre de psychothérapeute ni les travaux en cours à la DGOS qui doivent nous rassurer... ●

Psychologue clinicien en "psychotraumatologie" : du savoir-faire au savoir-être

Clara Duchet, Hôpital Tenon, Université Paris Descartes

En 1997, un décret du ministère de la Santé crée le réseau des CUMP (Cellules d'Urgence Médico-Psychologique), propulsant des psychologues cliniciens sur le terrain de l'urgence aux côtés de médecins, psychiatres et de paramédicaux. De nouvelles missions s'offrent à ces professionnels, peu formés au départ pour intervenir dans ces contextes de catastrophes collectives (accidents à retentissement majeur, catastrophes naturelles, guerres, terrorisme, etc.). Peu à peu, des réflexions et groupes de travail spécifiques se créent (au sein notamment de l'AFORCUMP - Association de recherche et de formation des CUMP) afin de mieux définir les fonctions et les compétences de chacun dans ce domaine, bientôt nommé "psychotraumatologie". Cette "nouvelle clinique" (dans sa forme institutionnelle et dans sa dimension traumatique en situations "extrêmes") a soulevé de nombreux débats, passionnés, à propos de la légitimité ou non de l'intervention de terrain (sur les sites et aux abords des catastrophes). Cependant, il s'agira plutôt de discuter ici de la spécialisation, éventuellement nécessaire, des psychologues dans ce domaine - du côté du "savoir-faire" - comme des retrouvailles avec une position de clinicien classique - du côté du "savoir-être" et de la subjectivation.

À l'heure où se multipliaient donc différentes formes de violence et notamment au moment de "l'époque terroriste parisienne" (attentats médiatisés St Michel, Port-Royal, 1995-1996), les psychologues ont vu leur champ d'action et leurs fonctions s'élargir : des nouvelles mis-

sions et nouvelles structures se développaient pour venir "au secours des victimes", à la demande de nos gouvernants et de psychiatres militaires expérimentés dans ce domaine... J'ai eu la chance de participer à ce processus dès le début et très rapidement je me suis posée des questions sur ces interventions qui m'apparaissaient pour ainsi dire "hors cadre".

Hors cadre parce que dans l'urgence !

Hors cadre parce que nombre d'interventions avaient lieu sur le terrain, peu après la catastrophe, loin du confort du cabinet ou de l'hôpital.

Je me souviens à l'époque m'être "ruée" sur le code de déontologie en vigueur depuis le 22 mars 1996 et me rassurer en lisant :

*"La mission fondamentale du psychologue est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique. Son activité porte sur la composante psychique des individus considérés isolément ou **collectivement**".* Ouf... nous n'étions donc pas complètement "hors-cadre"... cependant, je n'avais pas vraiment appris à travailler sur les bancs de la fac : Sans la demande du patient (même pour l'enfant, le parent était demandeur, sinon l'institution scolaire...)

Sans un cadre institutionnel classique

Et certainement pas en prise directe avec la réalité d'un événement...

Quelques options universitaires tout de même, assurées par des enseignants ayant participé à des missions humanitaires, m'avaient déjà permis d'interroger des dispositifs de soins "hors norme".

Dans nos débuts, j'ai donc co-animé un groupe

Être psychologue ou faire de la psychologie ?

de travail destiné spécifiquement aux "psychologues" pour réfléchir à notre pratique. Voici comment nous nous représentons alors les choses.

Nouvelles missions... = ... nouvelles compétences ! Ce que j'ai nommé dans mon introduction "savoir-faire".

1. NOUVELLES COMPÉTENCES REQUISES – DU CÔTÉ DU "SAVOIR-FAIRE" :

Lors des soins immédiats ou "defusing" (c.à.d. sur le terrain, dans les heures qui suivent l'attentat, la catastrophe naturelle, la prise d'otages, l'accident collectif, etc.) :

Le psychologue doit "reconstruire" un cadre en fonction de la situation qui se présente à lui, c'est-à-dire en l'absence de cadre défini (configuration du lieu, durée de la mission, nombre de sujets à prendre en charge, etc., sont inconnus à l'avance). Ceci nécessite de sa part une capacité d'adaptation, une souplesse psychique dans son intervention, ainsi qu'un cadre théorique interne solide pour ne pas céder nous même à la panique ou au débordement émotionnel. Le cadre théorique solide renvoyait surtout pour nous aux écrits sur le traumatisme et à ce qu'on appelait alors la "victimologie".

Pour illustrer ce propos, je peux vous parler d'une mission effectuée à Pointe Noire au Congo lorsque nous étions chargés, avec un psychiatre militaire, de l'évaluation psychopathologique des ressortissants français en pleine guerre civile (octobre 1997). Nous avons effectivement dû nous adapter à l'absence de cadre rassurant dans le sens où nos déplacements étaient extrêmement limités en raison du contexte d'insécurité permanente, marqué par des tirs quotidiens d'armes automatiques. Il s'agissait également d'inventer des lieux de consultations et des modes d'approches originaux pour cette population bien souvent cloîtrée dans les appartements dévastés par les milices armées. Mais je souhaite citer d'autres situations, moins

exceptionnelles afin de vous montrer à quel point le psychologue dans ce travail d'urgence peut être amené à réaliser des entretiens dans des lieux inhabituels voire insolites, comme à bord d'un avion lorsque nous avons procédé au rapatriement des victimes du crash d'avion du Sénégal (en février 1997), ou dans un car lorsque nous avons accompagné les familles des enfants victimes de l'avalanche des Orres, ou encore dans un aéroport lors de l'accueil de populations réfugiées (du Congo ou du Kosovo), ou dans une cité universitaire pour la prise en charge des victimes d'attentats, etc.

Ici le psychologue doit être prêt à aller vers les victimes, sans attendre une demande de leur part (d'autant plus que les personnes sont souvent en état de choc, de confusion, de sidération, etc.). Alors, rappelons-le, que notre formation nous apprend plutôt à travailler avec la demande du patient, comme principe inhérent à la rencontre thérapeutique.

Ensuite, le psychologue est amené à s'interroger sur la position de "neutralité bienveillante". Alors que "neutralité" signifie ne pas émettre de jugements, de critiques, de désapprobation, nous voyons comment dans l'urgence, le clinicien peut (je dirais même doit) juger de l'adaptation d'un comportement par exemple, quitte à décider d'une hospitalisation ou d'un rapatriement. En effet, le psychologue doit savoir repérer et informer les victimes des symptômes psychopathologiques éventuels ; favoriser la demande de prise en charge thérapeutique ultérieure, si besoin est ; repérer et orienter les personnes les plus fragiles, en faisant bien la distinction entre état de stress aigu et entrée potentielle dans une pathologie traumatique. Même si ces fonctions de diagnostic, d'évaluation, d'orientation, existent dans le cadre de notre profession, celles qui visent à informer à l'avance et à prévenir relèvent habituellement plutôt de la spécificité médicale.

Par ailleurs, sur le terrain, la position et l'attitude du psychologue sont encore une fois un

peu particulières pour lui puisqu'il doit assurer une présence rassurante, contenante (voire maternante, au sens de Winnicott), apporter de la chaleur et de l'humanité. L'intervention d'urgence se situe du côté du "holding". Ferenczi, en charge des soldats en prise avec des névroses de guerre, soulignait déjà ce phénomène de régression des patients les faisant revenir à un stade archaïque (en proie à des angoisses violentes et massives de destruction, morcellement...) et à des comportements infantiles (ne plus savoir marcher, perdre son autonomie pour les besoins de la vie quotidienne, etc.). Ici, le traumatisme est externe et agit par effraction physique et psychique, désorganisant les modalités défensives habituelles. On dit aussi que le traumatisme est entré par tous les pores de la peau et envahit tous les sens (visuels, olfactifs, auditifs, etc.). Il s'agit alors pour le psychologue d'exercer une véritable fonction de "pare-excitation", "d'enveloppe protectrice" (Au sens de D. Winnicott et de D. Anzieu.), fonction qui peut s'accompagner de gestes apaisants.

Travailler dans ce type de dispositif ne s'improvise pas... Ainsi, le psychologue doit avoir reçu une **formation spécifique**. A l'appui, un nouvel Extrait du code de déontologie des psychologues, chapitre "compétences" :

"Le psychologue tient ses compétences de connaissances théoriques régulièrement mises à jour, d'une formation continue et d'une formation à discerner son implication professionnelle dans la compréhension d'autrui".

Pour notre domaine d'intervention, la formation porte avant tout sur :

1. La clinique traumatique : la symptomatologie de la névrose traumatique, de l'ESPT mais aussi de tous les états de désorganisation aigus, des comportements de panique collective, etc. ; elle porte également sur le fonctionnement psychique entravé par le trauma donnant lieu à des réaménagements transitoires parfois très éloignés d'une clinique clas-

sique.

2. La dynamique de groupe : un groupe pris dans une catastrophe représente une enveloppe psychique groupale qui elle-même peut se trouver effractée par la violence de l'événement : le collectif est alors brisé et ne pourra plus fonctionner comme avant... Que la prise en charge soit groupale ou bien même individuelle, il est fondamental d'être au clair avec ces concepts de la clinique groupale.

Nous venons de pointer les principales connaissances et compétences nécessaires au psychologue qui intervient dans l'urgence ou dans des dispositifs de soins exceptionnels mis en place suite à des événements qui sortent de l'ordinaire... pour autant, ce savoir-faire n'a de sens que s'il s'articule avec un savoir-être propre à la fonction habituelle du psychologue.

2. LORSQUE LE SAVOIR-FAIRE REJOINT LE SAVOIR-ÊTRE

Je poursuis ma lecture du code de déontologie (chapitre "compétences"), le psychologue "est garant de ses qualifications particulières et définit ses limites propres, compte tenu de sa formation et de son expérience. *Il refuse toute intervention lorsqu'il sait ne pas avoir les compétences requises*" : Ainsi, il doit savoir s'il peut assurer un soin immédiat dans l'urgence ou s'il doit refuser ce type de mission, en fonction de ses limites personnelles et professionnelles, de sa vulnérabilité (changeante au fil du temps et de son histoire personnelle), de ses projections éventuelles ;

Il est invité également à repérer et à connaître ses propres réactions psychiques à l'écoute de ce type de patients, de ce qui tient parfois de "l'intolérable" : savoir ou apprendre à repérer ses limites personnelles, ses propres fantasmes de "sauveur" ou ses mouvements d'identification à la "victime", c'est à dire ses propres élans contre-transférentiels. Ces connaissances restent largement favorisées par un travail personnel au cours duquel le psychologue a appris à être écouté et par la mise en

place de supervision régulière.

Dans le cadre de l'urgence médico-psychologique, le psychologue est le seul à devoir se passer d'instrument (pas de matériel médical, ni de thérapeutique médicamenteuse, ou encore de matériel technique, réservés aux médecins, infirmiers, secouristes, etc.). De ce fait, comme l'exprime Colette Chiland, il devient son propre instrument : celui qui permet de comprendre et d'intervenir "à mains nues". L'originalité de sa formation vient du "travail sur soi" que le clinicien a effectué pour acquérir une certaine maîtrise de lui-même comme instrument. Autrement dit, ce que le psychologue met au service de l'autre, ce ne sont pas seulement ses connaissances, mais aussi son appareil psychique, sa psyché, son fonctionnement, sa capacité de ressentir, de comprendre et d'élaborer. Le savoir du clinicien devient un savoir vivant, incarné, où il paie de sa personne. C'est principalement cette position qui le distingue d'un autre intervenant.

Dans la clinique du traumatisme, il est fondamental de prendre conscience de ce qu'on éprouve lors de l'écoute d'un blessé psychique aux prises avec des phénomènes d'effractions internes, afin de ne pas être gouverné par des réactions non contrôlées dans la compréhension du patient et dans la réponse qu'on lui donnera. Nous voyons comment cette écoute ne peut se contenter d'un savoir plaqué, elle doit être au contraire un travail actif qui permet des allers – retours entre problématique personnelle et ressenti du patient, sans que cette première n'interfère de manière négative. Et c'est bien en restant "sensible" et en acceptant de le rester, dans les limites que nous venons de fixer, que le sujet se sentira libre d'exprimer émotions, pensées honteuses, sentiments de culpabilité et d'humiliation inhérents à la dynamique traumatique.

Enfin, nous le savons bien, l'écoute s'exerce dans un double registre : ce qui est dit et ce qui

n'est pas dit, le contenu manifeste et le contenu latent. Ces dimensions concernent tout autant le clinicien qui doit savoir se taire pour laisser l'autre parler et parler pour lui faciliter la parole. Dans notre contexte d'urgence médico-psychologique, le psychologue doit également chercher à établir petit à petit, et dès que possible, une distinction entre fantasmes (individuels) et événements réels (vécus par tous), pour différencier angoisse interne (subjective) et peur (objective) des objets externes.

Il est ainsi un "passeur" à ce moment de fracture dans l'histoire du sujet. Il fait alors le lien entre le passé, la "brèche" traumatique et la reconstruction à venir.

EN CONCLUSION ...

Dans un contexte "hors du commun", puisque "hors cadre" et souvent "hors demande", il me paraît essentiel de garder nos repères classiques de psychologue clinicien. Soulignons que nous restons pour le patient un psychologue "supposé savoir". Dans cette clinique déroutante et violente, bien entendu le cadre interne tapissé de connaissances spécifiques devient opérant et garant de notre professionnalisme. Nous voyons finalement à quel point la spécialisation est en partie incontournable (mais comme pour tout autre type de clinique : les soins psychiques auprès de sujets dépendants, en fin de vie, de patients psychotiques, de nourrissons, de familles, de sans-logis... ne s'improvisent pas d'avantage) ; sans nous faire perdre de vue le socle de formation commun qui nous réunit et met en exergue la spécificité du "Psychologue", qui se caractérise bien par son orientation vers *l'écoute qui prend sens*, écoute d'une parole, d'un trajet, d'une rupture dans la continuité... discours d'un *sujet, agent de son propre destin*. ●

Aider à penser l'impensable en oncologie

Anna Elli Pardo, Oncologie médicale, Hôpital Saint-Louis

J'ai commencé à travailler à l'hôpital comme psychologue en oncologie à la fin des années 80.

Le contexte était différent de maintenant.

Deux choses m'avaient beaucoup marquée et interpellée :

- le manque de prise en charge de la douleur,
- l'attitude qui consiste à cacher la maladie et sa gravité aux patients.

La douleur n'était pas une cible de l'action thérapeutique, elle avait une valeur diagnostique, supposée s'améliorer avec les traitements de la maladie sans une attention particulière à son traitement. (1)

Le médecin était perçu comme détenteur d'une vérité qui faisait loi.

Voilà quelques propos qu'il n'était pas rare d'entendre de la part du médecin au patient :

"Faites-moi confiance, ne pensez à rien ; la chimiothérapie, c'est mon problème, vous pensez à guérir, on aura toujours une molécule pour vous soigner, on va se battre".

Au décès du patient on pouvait entendre : "il est mort, mais en rémission".

Et le médecin s'adressant à moi : "ne parlez pas de la mort aux patients, vous savez on a déjà viré une psychologue..."

Plusieurs événements vont faire évoluer la médecine et son discours dans la prise en charge du patient.

À la fin du XXème siècle, l'Organisation Mondiale de la Santé (circulaire du 19-1-1994) a défini comme priorité "la lutte contre la douleur."

La création des équipes anti-douleur sera un événement important ainsi que la recherche de nouveaux antalgiques. L'évolution de cette prise en charge va se répandre en cancérologie et dans la médecine en général.

Les premiers États Généraux de la Ligue contre le Cancer ont donné la parole aux patients, il y a eu une demande de psychologues dans les services pour une prise en compte de la détresse psychique.

Le Plan Cancer en 2006 va donner des directives qui réglementent aujourd'hui la consultation d'annonce et les soins de supports.

La psycho-oncologie née aux États-Unis arrive aussi en Europe et c'est en 1994 qu'est créée la Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO).

Son but est de développer des outils, des méthodes pour dépister et ainsi traiter précocement les risques des difficultés psychologiques. Elle s'inscrit dans une approche "bio-psychosociale" de la maladie cancéreuse. La spécificité n'est pas la prise en compte de la subjectivité du patient, mais l'adaptation de celui-ci aux différentes situations traversées pendant la maladie. Cette discipline qui étudie les attitudes psychologiques et émotionnelles survenant pendant la maladie cancéreuse pourrait laisser croire qu'il y a des réactions spécifiques à cette maladie. Son approche est de plus en plus cognitivo-adaptative avec protocoles, référentiels, démarche qualité...

Dans le champ de la psycho-oncologie on trouve le terme de psycho-oncologue.

Ce mot est utilisé de façon un peu anarchique, on y trouve : le psychologue, le psychiatre mais aussi d'autres professionnels intervenant auprès des malades et de leur famille. Ce n'est pas parce que nous avons quelques connaissances en oncologie que nous pouvons utiliser l'adjectif "oncologue".

Ce terme peut être source de confusion, il ne définit pas notre spécificité et il me paraît aussi ségrégatif d'une pathologie.

Être psychologue ou faire de la psychologie ?

C'est pour cela que nous voulons garder le terme de psychologue clinicien.

Dans ce mot il y a la dimension clinique c'est à dire l'observation du patient à son chevet.

Mon travail consiste à accompagner, soutenir le patient dans ce parcours difficile qu'il entreprend avec la maladie.

Le cancer produit un remaniement identitaire pour le sujet, ce qui nécessite de lui offrir un espace de parole.

C'est la psychanalyse qui de mon point de vue offre les meilleurs outils pour travailler la clinique du réel. C'est avec notre propre parcours analytique que nous psychologues pouvons bien prendre en compte la dimension inconsciente propre à l'humain.

Je ne me situe donc pas dans le champ de la psycho-oncologie, au discours trop normatif.

Notre clinique dans un service d'hospitalisation

C'est à tout stade d'évolution de la maladie qu'un travail thérapeutique peut se mettre en place avec le psychologue.

On a beaucoup parlé du "dispositif d'annonce", annonce du diagnostic visant à assurer à la fois "une bonne administration du soin" et son "humanisation".

Ces consultations cherchent à atténuer l'impact traumatique. Il est proposé au patient de rencontrer un psychologue.

Il n'est pas rare que le patient me dise : "ils ne se rendent pas compte, il y a trop d'informations d'un seul coup, je n'ai pas encore réalisé que j'ai un cancer et on me parle de perruque pour la perte des cheveux, de diététicien, de psy... mais je n'en suis pas là moi".

Pour les patients, c'est la découverte brutale du diagnostic, puis le choc des traitements. Nous savons que le temps psychique n'est pas le temps médical, et que dans cette clinique c'est au cas par cas que nous pouvons intervenir, ce qui est traumatique pour un patient ne l'est pas pour un autre.

Un patient me disait récemment : "le cancer m'envahit, je ne pense qu'à ça, je ne peux plus lire, regarder un film ; il est omniprésent". Voilà

une description du réel.

Il s'agit de faire entendre à une équipe médicale, tournée plus vers la maladie que vers le malade, et ce, dans une organisation très technique et de plus en plus sophistiquée, la nécessité de prendre en compte la subjectivité du patient dans un espace qui en paraît dépourvu.

La demande de l'équipe vis à vis du psy peut correspondre à une demande de compliance au traitement que le patient refuse ; elle souhaite aussi souvent que le psy reconforte le patient à qui on a donné une mauvaise nouvelle. Comme dit Jérôme Alric dans son article "Qui écoute quoi ?", la sphère psychologique devient une fonction, constituante de la personne globale au même titre que la sphère digestive, dermatologique... et dont il faut s'occuper (2).

Au psychologue de faire valoir auprès du patient l'intention de lui donner une place pour entendre et faire entendre sa position subjective.

Souvent je suis interpellée par les soignants dans des situations de détresse, par exemple quand les antalgiques se révèlent inefficaces ou sont refusés. Dans les entretiens les patients déploient leur histoire, leur "roman familial". La douleur physique se mêle à la souffrance psychique.

Une patiente qui avait un cancer du sein avec des métastases osseuses, me disait : "j'ai mal là" en me montrant sa poitrine.

Je lui avais demandé si elle en avait parlé au médecin.

Elle me répondit en me regardant droit dans les yeux : "cette douleur-là, le médecin ne peut pas me la soigner, c'est l'histoire avec mon mari qui me fait mal". Celui-ci l'avait quittée et elle se retrouvait seule avec son jeune fils.

En quelques mots elle avait situé ce qui la faisait souffrir au-delà des localisations métastatiques. Elle savait faire la différence entre le physique et ce qui venait là s'ajouter à sa propre histoire douloureuse.

Comme dit Clavreul dans L'ordre médical : "la souffrance renvoie le sujet qui l'éprouve à son

fantasme, c'est-à-dire à sa propre histoire et au discours qu'il peut tenir sur son histoire. Il y a un seul discours qui se tient sur la souffrance, et c'est celui de la personne qui l'éprouve (3).

Un patient encore récemment me disait ne pas vouloir devenir grabataire comme son père.

Il s'était occupé de lui depuis son plus jeune âge, il poussait la chaise roulante dans ses déplacements, il était sa béquille. Mon patient arrivé en fin de vie voudra jusqu'au bout se déplacer aux toilettes et rester indépendant dans les gestes du quotidien.

Aux soignants qui ne comprenaient pas pourquoi il s'obstinait à vouloir faire tout seul, des gestes devenus si difficiles, il a fallu dire sans révéler le pourquoi, combien c'était important pour le patient de garder cette indépendance. C'était pour lui sa dignité, sa liberté, sa volonté. Je voudrais mettre l'accent sur la singularité de ces rencontres avec des patients déjà très gravement atteints et qui dès le premier entretien se saisissent de cette possibilité de parole.

Il y a la douleur, et l'autre versant de la souffrance, l'angoisse.

Monsieur O est un patient algérien qui a été opéré d'un cancer du poumon. Avant l'intervention chirurgicale il se sentait prêt à affronter cette épreuve ; c'est après, qu'il a senti ses forces diminuer. "J'ai changé, je ne suis plus le même qu'avant, en fait je crois que je n'ai pas accepté l'opération." Il dit regretter, il aurait préféré vivre avec son cancer, il serait mort avec. Ce qui semble bouleverser ce patient n'est pas tant la maladie en elle-même que ses conséquences. Avec ce bout de corps qu'on lui a retiré, c'est aussi toute une part de lui qui semble partie.

L'épreuve du cancer entraîne toujours une atteinte de l'intégrité corporelle.

Ce corps qui est traité par le médical de façon organique, biologique, revient souvent dans le discours des patients. Ce qui émerge c'est l'horreur des amputations, des métastases qui se répandent à l'intérieur du corps, mais aussi

ce qui se donne à voir, à toucher. Un corps endommagé que le patient a du mal à reconnaître comme le sien, qui se bouche, qui enfle, qui étouffe.

Le corps peut devenir un objet à contrôler, persécuteur qui n'est plus investi de désir. Cette parole descriptive du corps peut prendre toute la place dans le discours du patient avant que quelque chose du subjectif n'apparaisse.

C'est dans un deuxième temps que Monsieur O, après avoir exprimé l'impossibilité d'accepter cette perte anatomique – une partie du poumon –, pourra associer sur d'autres pertes qui viennent s'intriquer entre passé et présent.

L'angoisse de mort est très fréquente dans cette pathologie, dans les entretiens il ne s'agit pas de viser directement ce que nous pensons être l'objet de cette angoisse mais de soutenir dans la conversation les détours de cette indicible...

L'intervention auprès de la famille n'est pas rare.

Monsieur L. 63 ans a un cancer de la vessie et il est décrit par l'équipe soignante comme très exigeant et pénible. Je décide d'aller me présenter.

Il me fait une description assez précise de sa maladie qui a débuté il y a quelques mois. Je lui demande ce qu'il pense lui de tout ça. Il me regarde, attend plusieurs secondes et me révèle que sa femme a une maladie hématologique à surveiller et qu'il s'inquiète beaucoup pour elle. Ils n'ont pas d'enfant. Il ajoute que dans le service on ne lui fait pas grand-chose, son état ne s'améliore pas, qu'il serait mieux avec sa femme. En même temps elle ne peut pas s'occuper de lui à la maison. Il part dans un SSR (soins de suite et de rééducation). Quelques semaines après, il revient dans le service et il demande à me voir. Il va être très direct. On vient de lui parler de son mauvais pronostic à court terme, il veut que je le rencontre avec sa femme. Il me dit : "Elle déprime. Si je meurs, elle va se laisser mourir. Pour moi c'est insupportable". Effectivement sa femme

est très déprimée, affaiblie par sa maladie, mais elle accepte de voir son généraliste et prendre un traitement. On lui trouve un hébergement à la Maison des Parents pour lui éviter l'hôtel. Elle sera sur place pour voir son mari, elle pourra échanger avec les familles hébergées à la Maison des Parents. Petit à petit elle tisse des liens. Son mari décline rapidement, je la vois dans la chambre, elle me parle de lui, des choses qu'ils aimaient faire ensemble. Elle est calme, rassurée par la présence de l'équipe. Après la mort de son mari nous nous sommes revues, puis téléphoné, et rapidement elle prend la décision de déménager à Annecy près d'une amie. Elle aura un suivi hématologique là-bas.

J'ai souvent pensé à cet homme dont le discours était centré sur la plainte et qui a changé rapidement de registre à partir du moment où on a pris en compte sa souffrance et soutenu sa femme auprès de lui.

Dans notre travail il me paraît important de rendre compte aux équipes de nos interventions, pour permettre aux soignants des éclaircissements sur la souffrance psychologique des patients. Cela peut permettre un changement de rapport soignant-patient dans des situations où le patient, par l'angoisse sous-jacente, se montre pénible pour l'équipe voire agressif à son égard.

Toujours pour ce qui concerne la famille, une réelle évolution a été la prise en compte des enfants du patient. Dès le diagnostic et tout le long de la maladie, une attention particulière de la part de l'équipe permet d'éviter les situations dramatiques, que l'on rencontrait dans le passé, lorsque l'enfant découvrait la gravité de la maladie du parent la veille de la mort de celui-ci, sans avoir eu la possibilité de s'y préparer et d'en parler.

Pour conclure, je dirai que la science et la technique ont beaucoup évolué à l'hôpital mais qu'il y a eu peu de changement du côté de la prise en compte médicale de la dimension subjective des patients.

On est passé d'une prise en charge de la douleur qui était niée à des situations parfois de surmédicalisation. La médecine, malgré ses progrès considérables, ne peut pas soulager toute les douleurs, et encore moins de façon systématique et protocolaire. Elle doit tenir compte de la singularité de chaque patient.

De même s'il y a encore une vingtaine d'années, on ne donnait pas suffisamment d'informations médicales sur la maladie et le devenir du patient, on est passé aujourd'hui à un trop d'informations dans l'optique de dire la vérité au malade et de le préparer sur le chemin de sa fin de vie.

Il n'est pas rare que je rencontre un patient à qui on a assené une vérité médicale qu'il ne voulait pas entendre. Pour le patient il s'agit de pouvoir se déprendre de ce savoir médical qui peut venir empêcher toute pensée, le cristalliser dans une angoisse de mort et entraîner le sujet vers une mort psychique avant la mort réelle.

Nous sommes là pour partager ce temps avec lui, ce temps qui est incertain et qui permet au sujet d'avoir des interrogations, exprimer des affects...

Le psychologue d'orientation analytique peut apporter à ses équipes un éclairage des situations.

Une collaboration avec les médecins est à encourager, encore faut-il que les médecins puissent prendre le temps et donc se détacher d'une pure gestion des soins, pour penser et analyser leur pratique. ●

1. Baszanger I., 1995, *Douleur et médecine. La fin d'un oubli*, Le Seuil.
2. Alric J., 2004, *"Qui écoute quoi ?", Essai de repérage de deux postures d'écoute possible à l'hôpital*, Erès in Collectif sous la direction de Patrick Ben Soussan, *Le cancer approche psychodynamique chez l'adulte*.
3. Clavreul J., 1978, *L'Ordre médical*, Paris, Le Seuil.



Psychologue à l'hôpital :
une espèce à protéger ?

Loi HPST, titre de psychothérapeute... Quels changements pour le métier de psychologue ?

Modérateur : Françoise Adriansen, CA de Psychikos

> Le psychologue entre les lignes des textes officiels

Nadine Labbé, Hôpital Cochin

Page 24

> Titre de psychothérapeute : si vous avez manqué le début...

Virginie Rocard, Hôpital Sainte Périne

Page 32

> Psychothérapeute : à quel titre ?

Patrice Nominé, Hôpital Fernand Widal

Page 43

Le psychologue entre les lignes des textes officiels

Nadine Labbé, Hôpital Cochin

Vingt ans se sont écoulés depuis la création de PsychiHOS. Depuis, de nombreux rapports, textes officiels ont été diffusés qui concernent la santé d'une manière générale et plus particulièrement la santé mentale. Quelle place, nous, psychologues, avons-nous dans ces écrits ?

De fait, lorsque l'on interroge la bibliothèque des rapports publics sur le site de la Documentation française sur le terme Psychologue, on s'aperçoit que seule une liste constituée d'une petite cinquantaine de références apparaît, un peu plus toutefois que pour le terme psychiatre, qui apparaît dans 47 rapports mais beaucoup moins que celui d'infirmier qui apparaît dans 121 rapports.

J'ai choisi parmi ces textes ceux qui m'ont semblé les plus significatifs d'une certaine image du psychologue vu par les politiques ou l'administration. Je vais maintenant vous présenter cette compilation d'extraits dans un ordre chronologique.

L'un des premiers rapports qui cite les psychologues porte sur les **Stratégies d'utilisation des antiretroviraux dans l'infection par le VIH** en 1998. Il affirme : *Le soutien par les psychologues est l'une des pratiques diverses des services hospitaliers qui méritent d'être développées.*

La même année, un **rapport sur les Unités à encadrement éducatif renforcé et leur apport à l'hébergement des mineurs délinquants** fait à la demande de l'Inspection Générale des Affaires Sociales préconise : *"Afin de prévenir l'usure des équipes et aussi de leur apporter une certaine capacité de recul, il faut mettre en place des procédures de soutien au moment des crises, et de supervision dans lesquelles le recours au psychologue s'impose."*

En 2000, un rapport au Premier ministre Lionel Jospin **Pour une nouvelle politique publique**

d'aide aux victimes fait le constat suivant :

"Pour le réseau de l'INAVEM (Fédération nationale d'aide aux victimes et de médiation qui comprend 150 associations), les emplois de psychologue représentent seulement 9 % des emplois salariés. Cet aspect, pourtant fondamental de l'aide aux victimes n'est pas suffisamment développé.

En 1994, l'intervention d'un psychologue concernait environ un quart des associations d'aide aux victimes."

Le rapport propose la création de *"centres d'aide pour enfant-adolescent et adulte, comprenant obligatoirement des psychologues cliniciens."*

Des groupes de parole et d'écoute pour enfants victimes seraient animés par des psychologues scolaires ayant suivi une formation spécifique ou des psychologues cliniciens extérieurs.

Le projet *d'intégration de psychologues cliniciens dans les milieux scolaires* semble alors être au cœur de *la nouvelle politique publique d'aide aux victimes.*

Une politique ambitieuse sur le papier ... Les suites données à ce rapport ont été la création d'un numéro national d'aide aux victimes en 2001.

Pourtant en 2000, on s'intéresse beaucoup à nous, le rapport du Haut comité de la santé publique sur **la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes**, consacre un paragraphe au rôle du psychologue dans le chapitre intitulé *L'institution scolaire. Bilan en CM2.*

Il est écrit :

"Le recours à un psychologue dans le milieu scolaire est pratiquement limité aux tests d'orientation. L'absence de psychologue dans le secondaire semble faire partie de cette mauvaise image de la psychiatrie qui persiste dans le grand public.

Le regard d'un psychologue extérieur à l'établissement, dans des réunions régulières de synthèse et de concertation, peut être précieux.

Ces contacts auraient de plus l'avantage de relier les prises en charge de situations difficiles entre l'intérieur et l'extérieur des établissements, et de faire se connaître les professionnels des différentes structures.

Ainsi 20 % des adolescents pensent avoir besoin de consulter un psychologue mais 13,7 % disent avoir renoncé du fait de difficultés financières."

Toujours en 2000 au colloque sur l'Enfance maltraitée, la Ministre déléguée à l'Enfance et à la famille réclame "Un psy pour chaque enfant". Dans son second rapport, Claire Brisset, la défenseuse des enfants, s'intéresse également au rôle des psychologues et à **leur formation** :

Pour elle, les psychologues souffrent depuis longtemps d'un problème d'identité du fait d'une reconnaissance tardive de leur profession et de l'existence de plusieurs types de psychologues, recrutés à des niveaux d'études différents, en référence aux psychologues scolaires et conseillers d'orientation- psychologues.

La Défenseuse des Enfants propose d' :

"-Institutionnaliser les psychothérapies d'enfants et d'adolescents par des psychologues cliniciens, sur prescription du psychiatre et remboursées par la Sécurité sociale.

De la même façon qu'un médecin spécialiste prescrit des séances de kinésithérapie, qui sont alors remboursées par la sécurité sociale, un psychiatre, aussi bien dans le public que dans le privé, doit pouvoir prescrire des thérapies effectuées par un psychologue clinicien.

Cette mesure, qui se pratique déjà dans certains pays européens comme l'Allemagne, ne peut être mise en place qu'aux conditions suivantes :

- qu'une formation homogène de psychologie clinique, sanctionnée par un diplôme unique, soit organisée ;

- que cette formation permette d'accéder à un nouveau statut de psychologue clinicien reconnu par l'ensemble des administrations concernées ;

- que cette formation soit à la fois théorique et pratique.

Cette réforme permettrait de :

- mieux utiliser les compétences des nombreux psychologues qualifiés, actuellement dépourvus d'un emploi à temps plein ou contraints, faute de poste, d'exercer d'autres métiers.

Dans cette hypothèse, le psychiatre aurait le rôle d'animateur de l'équipe soignante et de supervision des psychothérapies menées par les psychologues cliniciens.

En outre, un tel schéma devrait pouvoir s'appliquer non seulement dans les structures publiques mais aussi dans le secteur libéral. Les psychologues cliniciens, peu nombreux en libéral, pourraient alors s'installer en cabinet, (au même titre que les infirmières ou les masseurs kinésithérapeutes)."

En ce début des années 2000, les politiques s'intéressent beaucoup aux questions relatives à la santé : en juillet 2000, Martine Aubry, alors ministre de l'emploi et de la solidarité confie aux Drs Piel et Roelandt une mission de réflexion et de prospective dans le domaine de la santé mentale qui donnera lieu un an plus tard à un rapport intitulé " De la psychiatrie vers la santé mentale ". Un rapport dans lequel on parle peu des psychologues si ce n'est pour dire que leur formation est insuffisante et qu'un internat en psychologie est nécessaire, ce dont on reparlera beaucoup dans les années suivantes.

En août 2001, Psyclihos travaille sur le 1^{er} rapport d'étape du groupe de travail de la DGS sur "l'évolution des métiers en santé mentale". Des psychologues de toute la France choqués et inquiets se réunissent au sein du Collectif National des Psychologues de la FPH, Les mesures préconisées par le 2^{ème} rapport d'étape paru en janvier 2002 mettent le feu aux poudres. Pour rappel, le rapport insiste sur le développement des réseaux de santé, la mise en place de procédures, de protocoles... Et surtout, il prévoit des niveaux d'intervention hiérarchisés avec des intervenants de 1^{ère} ligne, des professionnels de soins primaires et des intervenants spécialisés et déjà des glissements de compétences vers les infirmiers et les médecins généralistes.

Il est à nouveau question de transfert de compétences en 2003, avec le rapport Berland sur la démographie des professions de santé au titre éloquent "Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences ". Le chapitre qui nous concerne s'intitule Un transfert de compétences en psychiatrie difficile à organiser. Le Pr Berland écrit : "Les auditions que j'ai pu mener lors de la mis-

Quels changements pour le métier de psychologue ?

sion démographie des professions de santé et les échanges que j'ai pu avoir avec les psychiatres ont révélé de réelles difficultés à envisager le transfert de compétences dans le champ de cette spécialité. En effet, si certains professionnels considèrent souhaitable la mise en perspective de collaborations organisées avec les psychologues cliniciens, d'autres la trouvent inutile ou non souhaitable... Il est nécessaire d'envisager la part de l'activité aujourd'hui assurée par les psychiatres qui doit être confiée en toute collaboration à des "psychologues praticiens" formés à la fois par les facultés de psychologie et les facultés de médecine pour construire ce nouveau métier qui répond à un besoin clairement identifié."

Au même moment, est diffusé le rapport Cléry Melun intitulé "Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale" qui reprend les principales propositions des rapports précédents, par ex concernant la réorganisation des soins en psychiatrie. Concernant la formation des psychologues : *"Ces formations sont très diverses suivant les universités, certaines étant spécialisées dans la psychanalyse, ce qui aboutit à des formations mono référencées. Il en va de même des stages qui sont souvent difficiles à trouver et ne permettent pas toujours d'assister aux entretiens avec les patients. Enfin, dans un contexte de plus en plus sélectif, les examens théoriques et formels prennent le pas sur l'accomplissement d'un stage et l'obtention d'une formation clinique."*

Il poursuit :

"Les psychologues souhaitent eux-mêmes faire progresser cette situation. Ils se sont dotés d'un code de déontologie qui pose des principes clairs notamment au regard de leur formation... Avec un stage qui doit correspondre à l'équivalent d'un internat en psychologie, dont la durée ne devrait pas être inférieure à 2 semestres et dont le contenu devrait faire l'objet d'une validation finale."

Toujours en 2003, il faut un rapport écrit par une psychologue pour que le terme soit cité 97 fois, soit presque dans une page sur deux. C'est le rapport de Marie de Hennezel sur "Fin de vie : le devoir d'accompagnement". Elle préconise *"une présence renforcée de psychologues dans tous les services sensibles."*

Pour favoriser le maintien à domicile des personnes, elle demande que l'on étudie la possibilité d'un financement d'un forfait de 3 à 5 séances avec un psychologue, pour un accompagnement de fin de vie, sur le modèle de ce qui est proposé dans le plan cancer. Elle demande la création d'au moins un mi-temps de psychologue pour chaque service confronté à la fin de vie des patients.

Pour elle, la *Formation universitaire du psychologue ne le prépare pas nécessairement à la confrontation avec la mort d'autrui, et son cortège d'angoisses et de fantasmes."*

Elle ajoute : *"C'est la raison pour laquelle nous estimons qu'une formation complémentaire personnelle (psychanalyse) ou une formation dans le cadre d'un DU de soins palliatifs ou d'un stage d'une semaine au moins dans une unité de soins palliatifs (USP) doit lui permettre d'évaluer s'il est prêt ou non à travailler dans un service confronté à la mort des patients, s'il peut accueillir sans trop d'angoisse celles des autres, patients, familles, soignants."*

Pour les psychologues de ville, elle pose la question d'un conventionnement de la profession puisque seuls les psychologues libéraux intégrés dans un réseau (dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire) et rémunérés à la vacation, sont pris en charge par l'assurance maladie.

Elle ajoute : *Cela limite considérablement l'offre d'aide psychologique à domicile."*

En mars 2005, la Commission "Périnatalité, enfants et adolescents" recommande le "renforcement des équipes de maternité en psychologues dans le but de : Mieux prendre en charge la santé mentale et les troubles psychiatriques de la mère et/ou du couple."

En 2005, le **rapport Santé, justice et dangers** : **pour une meilleure prévention de la récidive**, évoque les formations initiale et continue des psychologues dans le domaine médico-légal, qui devraient être renforcées, afin de mieux prendre en considération les problématiques relatives à la dangerosité psychiatrique dans la pratique clinique, et la mise en oeuvre de l'expertise pénale.

Le rapporteur revendique la *"possibilité pour les psychologues d'assurer le suivi du condamné et demande l'augmentation des effectifs des services pénitentiaires d'insertion et de proba-*

tion, notamment par l'intégration de psychologues au sein des équipes".

Dans son rapport sur **Le fonctionnement des services d'information et d'orientation**, l'Inspection générale de l'Education nationale remet largement en question le statut des conseillers d'orientation-psychologues.

"Des divergences de vues interviennent souvent entre ceux qui sont issus de la psychologie essentiellement clinique et les autres, qu'ils aient étudié la psychologie du travail ou la sociologie, l'économie, le droit, l'histoire ou la philosophie.

L'ouverture d'esprit des seconds aux questions du marché de l'emploi ou même aux perspectives de décentralisation est fréquente. Les psychologues cliniciens semblent plus autocrates, individualistes, voulant se concentrer sur leur pratique, au jour le jour, de conseil et d'accompagnement des individus, désireux d'apporter des solutions au cas par cas".(sic !)

"L'évolution de la profession qui a gagné le titre de psychologue en 1991 va dans le sens d'une émancipation tout à fait étonnante : Les COPsy constituent un cas singulier d'exercice libéral au sein même de la fonction publique. Ils n'ont en fait de comptes à rendre à personne l'autorité des directeurs est purement formelle (...) Et comble les conseillers ne sont pas inspectés.(!)

Le rapport propose de scinder le corps des COPsy avec d'un côté des psychologues de l'enseignement secondaire et de l'autre des conseillers d'information et d'orientation.

Les missions des psychologues de l'éducation seraient centrées sur le dépistage et l'examen des élèves pour lesquels on craint une inadéquation, la prévention des décrochages, la prévention des conduites addictives en lien avec le personnel médico-social, l'écoute, un premier accompagnement dans les cas de profondes souffrances psychologiques, le lien avec les services extérieurs ...

Dans les établissements, les psychologues complèteraient et renforceraient l'équipe éducative et médico-sociale."

Pour l'IGEN, "il est manifeste que les conseillers d'orientation-psychologues n'ont ni le temps, ni les compétences, ni les moyens de faire face, seuls, à l'ensemble des missions que les usagers (au sens large du terme) pourraient attendre d'eux.

Si beaucoup de responsables ministériels re-

grettent fortement l'appellation de psychologues du statut de 1991, il faut reconnaître que peu de personnels souhaitent l'abrogation totale de cette appellation, y compris parmi ceux qui ont été recrutés avant 1990, sans avoir fait d'études initiales de psychologie.

Il convient aussi de signaler qu'il y a unanimité pour considérer qu'on ne peut pas faire de psychologie clinique ou thérapeutique dans les établissements. Tous pensent même que c'est impossible. En fait, en 1991, il aurait fallu créer, par la loi, un statut de conseiller, qui existe dans d'autres pays."

Pour autant, les auteurs concluent que la question de l'abrogation du statut de psychologue a été posée mais ils ont considéré que ce n'était pas opportun dans le contexte actuel.

Mais le recrutement doit être diversifié : "Il s'agit de mettre un terme au monopole des licenciés en psychologie qui, de l'avis de la grande majorité de nos interlocuteurs et notamment de l'encadrement des services d'orientation et des formateurs, n'est nullement imposé par l'exercice des missions et a réduit la diversité intellectuelle qui caractérisait le corps avant 1991. En outre, le poids excessif des licenciés en psychologie a favorisé des attitudes d'individualisme et de repli au détriment des autres facettes de la profession."

Dans le rapport fait au nom de la mission d'information sur **la famille et les droits de l'enfant** en 2006, Valérie Pécresse et Patrick Bloche recommandent de "faire prendre en charge par l'assurance-maladie les consultations des mineurs et de leur famille auprès de psychologues sur prescription médicale afin d'améliorer la prise en charge des enfants et de leur famille".

On reparle encore de formation des psychologues en 2006 avec le rapport de la mission parlementaire de Jean-Paul GARRAUD sur **la dangerosité**. Il comprend un chapitre important relatif à l'expertise psychologique et au psychologue expert : on était à l'époque en pleine affaire d'Outreau. Il souligne encore une fois l'hétérogénéité des diplômes, tous les psychologues ne suivent pas une formation en psychopathologie clinique et peuvent avoir des formations théoriques très diverses.

Il conviendrait de redéfinir le champ d'intervention des psychologues fondé sur leur qualifica-

Quels changements pour le métier de psychologue ?

tion professionnelle et d'envisager les possibilités de l'articulation de leurs expertises avec celles effectuées par les psychiatres.

Organiser une conférence de consensus sur l'expertise psychologique afin de réfléchir sur les objectifs et les limites des expertises psychologiques, l'identité, l'éthique et la déontologie des experts, leur solitude ainsi que sur les modalités pertinentes de réalisation des expertises, et de leur évaluation. Ceci est resté un vœu pieux à ce jour ...

Il revendique *Une plus grande qualification des formations des psychologues.*

Outre une maturité professionnelle, une formation particulière est nécessaire (connaissance des différents types et champs d'expertise, des procédures judiciaires, aspects criminologiques, déontologiques...).

Cette spécialisation pourrait découler d'un cursus post-universitaire en psychologie clinique et pathologique à l'exemple des D.U. sur la pratique de l'expertise psychologique ou la psychologie légale (Université Lille, Aix-Marseille, Rouen, Poitiers...).

En 2007, les psychologues sont les stars du rapport de l'IGAS consacré à : **Gestion et utilisation des ressources humaines dans 6 établissements de santé spécialisés en psychiatrie** : le terme psychologue apparaît 224 fois !

Les révélations sont là encore fracassantes !

"Il faut adapter le statut et le cursus de formation et de carrière des psychologues, pour mieux utiliser leurs compétences et les intégrer dans les équipes. Les problèmes de pénurie de psychiatres doivent être anticipés par une série de mesures :

- augmenter les attributions des psychologues en leur permettant dans certains cas d'effectuer des actes jusque là réservés aux médecins

- ouvrir une formation de manager de structure psychiatrique à des cadres intermédiaires type cadre supérieur de santé, psychologue, cadre socio-éducatif.

Il serait possible d'ouvrir le concours de cadre supérieur de santé à d'autres professions soignantes : psychologues, éducateurs spécialisés, assistants de service social.

Les psychologues peuvent-ils remplacer les psychiatres et à quel prix ?

Ce n'est pas seulement parce qu'on manque

de psychiatres, c'est aussi parce que les psychologues représentent une certaine tradition de la psychiatrie européenne, pas uniquement arc-boutée sur les traitements chimiothérapeutiques. C'est aussi parce qu'ils possèdent en principe des compétences permettant de développer des aspects très importants en psychiatrie :

- évaluation des capacités cognitives et mise au point de programmes de réhabilitation

- psychothérapies de diverses natures, également de soutien dans les cas de traitement médicamenteux lourd

- supervision de groupes de soignants, pour éviter les phénomènes de chronicité, de maltraitance

- encadrement d'équipes, notamment de professionnels d'horizons divers.

Il est clair qu'il serait également intéressant de pouvoir leur confier des accueils de 1^{ère} ligne, dès lors que nombre de demandes de consultation signifient plutôt une souffrance psychique qu'une pathologie psychiatrique.

La question de savoir s'ils devraient avoir le droit de prescrire ou de renouveler des prescriptions au long cours mérite d'être posée. Une telle évolution nécessiterait une spécialisation après le diplôme général de psychologue, peut-être l'instauration de ce que d'aucuns appellent un internat, et cette fois commun avec l'internat en psychiatrie.

En attendant d'avoir notre ordonnancier, si tant est que nous le souhaitons : "les tâches spécifiques en psychiatrie pour les psychologues : tout ce qui s'apparente au bilan, à l'évaluation, aux psychothérapies de diverses obédiences".

Voilà ce que pensent les politiques et les administratifs de notre métier mais ça n'est pas la réalité de notre métier.

Tout d'abord, quelques chiffres sur la démographie des psychologues.

Nous sommes de plus en plus nombreux : de 5500 équivalents temps plein en 1997 à 11500 en 2009, preuve que notre rôle est de plus en plus reconnu par les établissements. Il reste encore beaucoup à faire en clinique privée où ils ne sont que 350 ETP. La précarité est toujours le lot de notre profession. Il y a deux fois plus de psychologues à temps partiel que dans les autres emplois non médicaux : 40% de psychologues sont à temps partiel dans le public, plus des trois quarts dans le privé, soit le

double.

La profession est très féminisée avec 8 femmes sur 10 psychologues, elles ont en moyenne cinq ans de moins que leurs confrères masculins, la moyenne d'âge étant de 42 ans. Les femmes de moins de 40 ans représentent 38% des effectifs nationaux.

La densité nationale des psychologues est de 37 psychologues pour 100000 habitants soit un psychologue pour 2700. Par comparaison, celle des psychiatres est de 22 pour 100000 habitants.

La densité en psychologues libéraux est de 7.

Concernant les secteurs d'activité, 87% des psychologues sont salariés. Un tiers exerce dans un établissement de santé principalement du secteur public où 7 sur 10 sont employés à plein temps. L'exercice en libéral ne concerne que 8% des effectifs.

Comment les psychologues perçoivent-ils leur métier?

Dana Castro et Marie Santiago ont publié dans *Le Journal des psychologues* n° 233 déc. 2005 - janv. 2006 les **Résultats d'une enquête nationale sur : Evolution des représentations et construction identitaire du métier de psychologue.**

Les données ont été recueillies à partir de 93 questionnaires suite à une enquête nationale lancée par le Journal des Psychologues auprès de ses lecteurs fin 2004.

Les résultats montrent que les psychologues ont une image assez stéréotypée de leur métier qui ne se modifie pas significativement, ni au cours des études ni à l'entrée dans la vie professionnelle.

Au début de leurs études, 50% des répondants perçoivent le psychologue comme un "spécialiste de l'aide et de l'écoute". Pour 27% c'est un métier qui s'exerce en "solitaire", 30% disent ne pas en avoir une représentation précise.

La représentation de la profession évolue progressivement. Après quelques années d'exercice, le psychologue perçoit davantage sa fonction, certes encore comme un métier d'aide et d'écoute pour la moitié d'entre eux, mais qui s'exerce en équipe pour 21%, selon des modalités et avec des outils spécifiques, au premier rang desquels l'entretien et l'examen psychologiques, pour 18% des répondants.

La représentation du métier se modifie-t-elle au

cours du cursus universitaire ?

- Non pour 22% des répondants pour lesquels elle reste identique tout au long du parcours

- Oui pour 36% pour lesquels elle se modifie grâce aux enseignements théoriques en lien avec la clinique et la psychopathologie

- Encore oui pour 34% pour lesquels elle se transforme grâce aux stages et au contact des professionnels.

D'une manière générale, les psychologues comptent sur eux-mêmes et leurs compétences en matière d'expérience, d'apprentissage sur le tas, de solidarité et de travail en équipe plutôt que sur la qualification qui, elle, valorise les titres, les connaissances formelles, la revendication de l'autonomie et les distinctions statutaires. Seul 1% des répondants évoque les notions d'organisation du travail en terme de statut professionnel, de cadre A, de rémunération, de formation ou de titre protégé de psychologue. Autant dire qu'il reste beaucoup de travail pour avoir une représentation professionnelle qui puisse être partagée tant par les psychologues que par leurs partenaires professionnels, où compétence personnelle et qualification professionnelle sont indispensables.

Pourtant 78% des répondants décrivent des difficultés au sein de leur institution. Un sur 5 estime que ses collègues ne connaissent pas son métier et qu'ils en ont une image négative qui est vécue comme dévalorisante. 17% se sentent isolés dans les équipes avec lesquelles ils travaillent.

Une étude plus récente puisqu'elle date de 2010 vient compléter la précédente, il s'agit de celle de Elise Marchetti, Claude Lafrogne et Sandrine Schoenenberger également publiée dans le *Journal des psychologues* n° 283 déc. 2010- janv. 2011 et qui s'intitule **Que pensent-ils de nous ? Etude des représentations sociales du psychologue.**

Que pensent les psychologues d'eux-mêmes ? Ils évoquent l'objet de leur travail : la psyché, le cadre de leur activité (cadre théorique, pratique, éthique) et le contenu même de leur travail, à savoir l'évaluation et l'accompagnement. Chez les professionnels du médico-social, nos collègues, deux représentations s'affrontent. Les éducateurs techniques et les rééducateurs (pédicure podologue, masseur kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, ortho-

Quels changements pour le métier de psychologue ?

phoniste, orthoptiste ou diététicien) ont une vision négative : le psychologue se confond avec le psychanalyste, le charlatan en lien étroit avec la psychiatrie, la folie.

Les personnels administratifs et les éducateurs ont une vision plus positive et concrète, et sont plus attachés au cadre : cadre de travail du psychologue lui-même mais aussi la contribution qu'il peut apporter dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire.

Quant aux sujets de la population générale, on doit distinguer ceux qui ont déjà eu recours au psychologue et ceux qui n'ont jamais consulté. Ceux qui n'ont jamais consulté ont un discours plutôt positif mais abstrait centré sur la dualité "problème-résolution" (motifs-bénéfices). Les autres qui sont plus jeunes et plutôt des femmes cherchent à définir ce qu'est un psychologue, avec une vision plus concrète de notre activité, de nos méthodes, et une évocation de la sphère affective et du vécu personnel. Toutefois les sujets ayant déjà consulté un psychologue ont tendance à le confondre avec le spécialiste médical, c'est-à-dire le psychiatre.

Dans **Transformation de la psychiatrie et pratiques des psychologues**, LASAR Laboratoire d'analyse socio-anthropologique du risque Université de Caen 2002 sous la direction d'Anne Golse

Le discours d'Anne Golse sociologue est plus optimiste Elle écrit : *"La profession de psychologue se visibilise de plus en plus que ce soit dans la prise en charge des malades mentaux ou de la souffrance psychique. On le voit dans la croissance démographique, certes encore modeste de cette profession mais cela s'appréhende également dans la manière dont les textes administratifs mentionnent (psychiatres, psychologues) ou bien (psychiatres ou psychologues.) Mais cette émergence nouvelle d'une certaine parité dans les textes vient également reconnaître que de plus en plus de demandes sont directement adressées au psychologue et marque l'individualisation de cette profession à côté de celles de psychiatres ou d'infirmiers. Dans un rapport au Conseil national de l'Ordre des médecins en 2001 sur le suivi du malade mental, il est dit que "les psychologues prennent de plus en plus de place dans le monde de la psychiatrie relayant ou même remplaçant les psychiatres dont le nombre va en diminuant*

très sérieusement".

Toutefois, les psychologues ne sont pas satisfaits de leur place au sein de la psychiatrie publique : ni personnel médical, ni personnel paramédical, ils, elles ont du mal à trouver leur place dans l'univers hospitalier marqué par l'existence de ce partage clair. Le psychologue à la fois dedans et dehors, éprouve une absence de lien avec l'institution, et pour certains, un sentiment d'inexistence institutionnelle chronique.. Le psychologue n'est pas dans le soin même s'il contribue aux soins, ce qui renvoie à sa nécessaire place d'extériorité et à la transversalité de sa fonction. Comme l'écrivait Collette Chiland en 1983, le statut du psychologue clinicien est "une position intermédiaire et singulière "qui" le maintient dans un espace professionnel étriqué". Certains ressentent de l'amertume à être réduits au rôle de psychothérapeutes et/ou estiment ne pas être reconnus comme des professionnels à part entière, ils se qualifient de sous-psychiatres quand, dépendants du psychiatre, ils ne peuvent directement recevoir les patients qui font appel à eux. Cette revendication des psychologues est devenue pour certains un carcan qui limite le champ de leur intervention.

Les psychologues sont l'objet d'ambivalence. Ils peuvent être considérés comme la *"profession montante, en raison de la chute de la démographie des psychiatres et de la demande sociale qui leur est adressée ; les psychologues pourraient être en 1^{ère} ligne pour supplanter ces absences mais la mise en cause de leur statut et de leur formation par le récent statut de psychothérapeute les fragilise."*

Pour conclure, je citerai Marc Turpyn au colloque **Le psychologue clinicien, le singulier et le collectif**. La profession de psychologue est-elle un symptôme de l'institution hospitalière ?

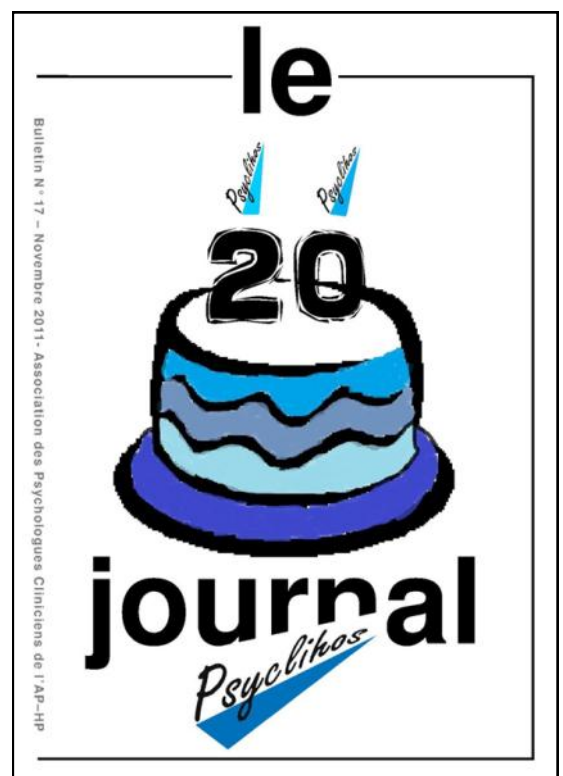
"Un certain nombre de signes permet depuis longtemps, de le penser : son identité indéfinissable, sa situation d'exception dans un ensemble institutionnel globalement médical, son inexistence dans les instances de l'hôpital, les oublis réguliers dont elle fait l'objet dans les textes, sa position institutionnelle hors hiérarchie, les interrogations récurrentes sur ses statuts, l'incompréhension de ses outils de travail par les administrations, etc.

Ce qui est nouveau, ce sont les nombreuses

tentatives pour mettre un terme à cette position symptomatique : volonté de faire entrer la profession dans le champ médical, fiches métier, définition de compétences, introduction de spécialités pré-identifiées en articulation avec les neurosciences et les approches comportementales, circulaire d'application visant au contrôle ou à la disparition des activités de FIR, etc.

N'oublions pas que la précarité entretenue des psychologues, le désir de reconnaissance, la peur – comme l'a montré récemment la mise en application du décret sur le titre de psychothérapeute – poussent aussi à la normalisation. Normaliser la profession serait sans doute la réduire à l'ombre d'elle-même." •

Retrouvez
toute l'actualité de Psychihos,
les enregistrements des conférences,
ainsi que le journal
des 20 ans
sur notre site internet
www.psychihos.org



Titre de psychothérapeute : si vous avez manqué le début...

Virginie Rocard, Hôpital Sainte Périne

M AI 1999 : PROPOSITION D'AMENDEMENT PAR B. ACCOYER

Devant l'absence de réglementation autour de l'exercice de la psychothérapie et dans un contexte de lutte contre les dérives sectaires sous couvert de "psychothérapie", un premier amendement est proposé par Bernard Accoyer, médecin et député.

Ce premier amendement porte sur l'usage du titre de psychothérapeute, il est proposé le 4 mai 1999, à l'occasion de l'examen du projet de loi relatif à la Couverture maladie universelle (CMU).

OCTOBRE 1999 : PROPOSITION DE LOI PAR B.ACCOYER

L'amendement précédent ayant été refusé, B.Accoyer dépose le 13 octobre 1999 la première proposition de loi (n° 1844) visant à régler le titre de psychothérapeute. L'unique article précise "L'usage du titre de psychothérapeute est strictement réservé d'une part aux titulaires du diplôme de docteur en médecine qualifié en psychiatrie et d'autre part aux titulaires d'un diplôme de troisième cycle en psychologie"

Dans l'exposé des motifs, on retrouve : "deux professions de la santé mentale sont formées par les universités françaises : les psychologues et les médecins psychiatres. Les conditions d'accès et d'utilisation de ces titres sont étroitement encadrées par la loi. Pourtant, il existe un grave vide juridique concernant l'exercice de la psychothérapie. La profession de psychothérapeute n'est en effet à ce jour toujours pas définie par le code de la santé publique. Ainsi, de trop nombreuses personnes insuffisamment qualifiées, voire non qualifiées, se déclarent et s'instituent psychothérapeutes en toute impunité, faisant courir les plus grands dangers à des personnes qui

par définition sont vulnérables et risquent de voir leur détresse et leur pathologie aggravées."

MARS 2000 est enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale sous le n° 2288 une proposition de loi relative à l'exercice de la profession de psychothérapeute par les députés MM. Jean-Michel Marchand, André Aschieri, Mme Marie-Hélène Aubert, MM. Yves Cochet et Noël Mamère...

AVRIL 2000 : PROPOSITION DE LOI DE B.ACCOYER

26 avril 2000 : nouvelle proposition de loi de B.Accoyer. Loi n°2342 relative à la prescription et à la conduite des psychothérapies.

Dans l'exposé des motifs, on retrouve : "En l'absence de disposition du code de la santé publique concernant l'usage des psychothérapies, quiconque le souhaite peut actuellement "visser sa plaque" de "psychothérapeute" et prétendre "soigner" (...) Ainsi, le rapport de la mission interministérielle de lutte contre les sectes remis en février 2000 au Premier ministre signale que certaines techniques psychothérapeutiques sont devenues un outil au service de l'infiltration sectaire et il suggère au secrétariat d'Etat à la Santé de cadrer ces pratiques. C'est la raison pour laquelle j'avais d'ores et déjà déposé le 13 octobre 1999, avec quatre-vingt-un collègues, une proposition de loi n°1844 visant à réserver l'usage du titre de psychothérapeute à des personnes titulaires de diplômes universitaires.(...) Dans ce contexte, il convient désormais de considérer les psychothérapies comme un véritable traitement. A ce titre, c'est leur prescription et leurs applications qui apparaissent comme devant être réservées à des professionnels détenteurs de diplômes universitaires, attestant d'une formation institutionnelle, garantie d'une compétence théorique, pouvant être doublée

Quels changements pour le métier de psychologue ?

d'une expérience pratique et d'un travail sur soi. (...) Cependant, certains professionnels, bien que non-psychiatres ou non-psychologues cliniciens, présentent de solides connaissances et une expérience de la pathologie mentale et du fonctionnement psychique. Il convient donc qu'un jury composé d'universitaires et de professionnels soit habilité à valider leurs compétences et à autoriser l'exercice des psychothérapies à ceux qui pratiquent déjà depuis plus de cinq années à compter de promulgation de la présente loi."

PROPOSITION DE LOI : Article unique

Il est inséré, après l'article L. 360 du code de la santé publique, un article L. 360-1 ainsi rédigé : "Les psychothérapies sont des traitements médico-psychologiques des souffrances mentales. Comme toute thérapeutique, leur prescription et leur mise en oeuvre ne peuvent relever que de professionnels qualifiés : médecins qualifiés en psychiatrie et psychologues cliniciens. "Les professionnels qui dispensent des psychothérapies depuis plus de cinq ans à la date de promulgation de la présente loi pourront poursuivre cette activité thérapeutique, après évaluation de leurs connaissances et pratiques par un jury composé d'universitaires et de professionnels dont la composition est fixée par décret en Conseil d'Etat."

OCTOBRE 2003 : AMENDEMENT AU PROJET DE LOI SUR LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIC, B. ACCOYER

8 Octobre 2003 à l'Assemblée nationale B. Accoyer dépose un amendement n°71 :

"Les psychothérapies sont des traitements médico-psychologiques des souffrances mentales. Comme toute thérapeutique, leur prescription et leur mise en oeuvre ne peuvent relever que de professionnels qualifiés en psychiatrie, de psychologues cliniciens et médecins ayant suivis les formations requises."

C'est la 3eme version (n°336) qui est adoptée à l'unanimité le 8 octobre 2003 par l'Assemblée Nationale : "*Les psychothérapies constituent des outils thérapeutiques utilisés dans le traitement des troubles mentaux. Les différentes catégories de psychothérapie sont fixées par décret du ministre chargé de la Santé. Leur mise en oeuvre ne peut relever que de médecins*

psychiatres ou de médecins et psychologues ayant les qualifications professionnelles requises fixé par ce même décret. L'agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé apporte son concours à l'élaboration de ces conditions (...)"

On ne parle plus ici de l'usage d'un titre de psychothérapeute mais d'une définition de la psychothérapie.

JANVIER 2004 : AMENDEMENT ACCOYER ANNULANT LE PRÉCÉDENT

Le 19 janvier 2004, l'amendement Accoyer, devenu entre temps amendement 363 About-Mattéi, annulant le précédent est voté par le Sénat en ces termes :

"L'usage du titre de psychothérapeute est réservé aux professionnels inscrits au registre national de psychothérapeutes. (...) Sont dispensés de l'inscription les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine, les psychologues titulaires d'un diplôme d'état et les psychanalystes régulièrement enregistrés dans les annuaires de leurs associations.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. "

Ici les psychanalystes régulièrement enregistrés dans les annuaires de leurs associations font leur apparition dans la liste des personnes habilitées à user du titre de psychothérapeute.

AVRIL 2004 : AMENDEMENT DUBERNARD

8 avril 2004 est voté à l'Assemblée nationale l'amendement devenu depuis amendement 344 présenté par Jean-Marie Dubernard, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE (N° 1364) (DEUXIEME LECTURE)

Amendement N° 344

présenté par M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales

Article 18 quater

"La conduite des psychothérapies nécessite soit une formation théorique et pratique en psychopathologie clinique, soit une formation reconnue par les associations de psychanalystes. (...) L'usage du

Quels changements pour le métier de psychologue ?

titre de psychothérapeute est réservé aux professionnels inscrits au registre national des psychothérapeutes (...) Sont dispensés de l'inscription sur la liste visée à l'alinéa précédent les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine, les personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue dans des conditions définies par l'article 44 portant diverses dispositions d'ordre social n°85-772 du 25 juillet 1985 et les psychanalystes régulièrement enregistrés dans les annuaires de leurs associations".

Dans l'exposé sommaire, on retrouve : "pour conduire des psychothérapies, il est nécessaire d'avoir suivi une formation théorique et pratique en psychopathologie. La condition de l'inscription sur le registre national est maintenue. (...) L'amendement continue à prévoir que les titulaires d'un diplôme de médecine, les psychologues et les psychanalystes sont dispensés de l'enregistrement. Ces professionnels devront satisfaire à l'obligation de formation mentionnée au premier alinéa de l'article.

9 AOUT 2004 : LOI SUR LE TITRE DE PSYCHOTHÉRAPEUTE ARTICLE 52 :

Le 28 juillet 2004 a eu lieu la réunion de la commission mixte paritaire qui révisait l'amendement, qui est examiné en séances publiques par l'Assemblée Nationale et le Sénat le 30 juillet 2004 et devient le 09 août 2004 *la loi n° 2004-806*, l'article 52 relative à la politique de santé publique. Sa parution est dans le J.O n° 185 du 11 août 2004, page 14277, texte n° 4. Dans cette loi, l'article 18 quater revu par la commission mixte a été intégralement repris et devient l'article 52 de la dite Loi.

Article 52

"L'usage du titre de psychothérapeute est réservé aux professionnels inscrits au registre national des psychothérapeutes. L'inscription est enregistrée sur une liste dressée par le représentant de l'Etat dans le département de leur résidence professionnelle. Elle est tenue à jour, mise à la disposition du public et publiée régulièrement. Cette liste mentionne les formations suivies par le professionnel. En cas de transfert de la résidence professionnelle dans un autre département, une nouvelle

inscription est obligatoire. La même obligation s'impose aux personnes qui, après deux ans d'interruption, veulent à nouveau faire usage du titre de psychothérapeute.

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

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

Cet article introduit comme condition de l'usage du titre une formation théorique et pratique en psychopathologie clinique alors qu'il stipule dans le même temps que l'inscription est de droit pour certains professionnels, ce qui posera beaucoup de problèmes pour l'écriture des projets de décret.

2005-2009 : AVANT-PROJET D'APPLICATION DE LA LOI

Les concertations avec les professionnels concernés par l'écriture d'un avant-projet de décret relatif à l'usage du titre de psychothérapeute débutent en 2005. Beaucoup de versions vont voir le jour et susciter de vives réactions des professionnels. Le ministère réunit les organisations professionnelles à plusieurs reprises pour leur soumettre ces projets.

Quelques exemples des différentes versions de l'avant-projet de décret de loi :

Version de l'avant projet de décret relatif à l'usage du titre de psychothérapeute : 10 janvier 2006.

Art.1 L'usage du titre de psychothérapeute nécessite une démarche volontaire de la part des professionnels pratiquant les psychothérapies.

Inscription sur une liste départementale (...)

Art.2 L'inscription sur la liste départemen-

tale est subordonnée pour les professionnels visés au 3^{ème} alinéa :

l'attestation de la certification de la formation en psychopathologie clinique

l'attestation de l'obtention du diplôme de docteur en médecine ou de l'un des diplômes visés au décret n° 90-255 du 22 mars 1990 modifié (liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue) ou de l'inscription à un annuaire d'associations de psychanalystes

pour les autres professionnels

L'attestation de la certification de la formation en psychopathologie clinique. Le cas échéant, l'attestation de l'obtention d'un diplôme relatif à une profession réglementée dans le champ sanitaire et social.

Une déclaration sur l'honneur faisant état des autres formations suivies dans le domaine de la pratique de la psychothérapie, parmi les quatre approches suivantes : analytique, systémique, cognitivo-comportementaliste, intégrative.

La déclaration sur l'honneur mentionne notamment l'intitulé et la date d'obtention du diplôme, la durée de la formation, le nom et les coordonnées de l'organisme de formation public ou privé qui a délivré le diplôme. (...)

Art.8 Le cahier des charges susvisé définit les modalités de la formation en psychopathologie clinique, laquelle est d'un niveau master. Il vise à permettre au professionnel souhaitant user du titre de psychothérapeute d'acquérir :

Une connaissance du fonctionnement psychique ;

Une capacité de discrimination de base des situations pathologiques en santé mentale ;

Une connaissance de la diversité des théories se rapportant à la psychopathologie ;

Une connaissance des 4 principales approches de psychothérapie validées scientifiquement (analytique, systémique, cognitivo-comportementaliste, intégrative) ; (...)"

tion d'une formation universitaire, la loi ne parle que d'une formation à la psychopathologie clinique et stipule ce que seraient les approches psychothérapeutiques valables scientifiquement, ce qui n'est pas sans questionner. Titre ouvert aux détenteurs d'un diplôme relatif à une profession réglementée dans les champs sanitaires et sociaux ne correspond pas aux prérequis de la formation en psychopathologie clinique.

Par la suite le descriptif des différentes approches de psychothérapie disparaît au profit d'une "connaissance des principales approches utilisées en psychothérapie" sans précision. Est indiqué le nombre d'heures de formation théorique (150 heures dans une version, 500 dans une autre...) et de stage pratique. Est stipulé que la formation en psychopathologie clinique peut être confiée à l'Université ou à des organismes passant convention avec l'Université. Pour les professionnels inscrits de droit, on retrouve les docteurs en médecine quelles que soient leurs spécialités, les psychologues quelle que soit leur formation et les psychanalystes régulièrement inscrits dans un annuaire d'association de psychanalystes, ce qui n'est pas un titre protégé. On exige par ailleurs de ces mêmes professionnels une formation complémentaire en psychopathologie, visée à l'alinéa 4 de l'article 52, ce qui posera problème : certaines professions pouvant faire usage du titre de psychothérapeute de droit doivent dans le même texte de loi attester d'une formation complémentaire.

Pour tous les professionnels, le cas échéant : une déclaration sur l'honneur faisant état des autres formations suivies dans le domaine de la pratique de psychothérapie, une attestation d'obtention d'un diplôme relatif à une profession réglementée par le code de la santé publique ou le code de la famille et de l'action sociale.

Le cahier des charges définit les modalités de la formation en psychopathologie clinique pour acquérir ou valider : une connaissance des fonctionnements et des processus psychiques ; une connaissance des critères de discernement des grandes pathologies psychiatriques ; une connaissance des différentes théories se rapportant à la psychopathologie ; une connaissance des principales approches utilisées en psychothérapie.

Il est évoqué un "niveau" master, pas de men-

Quels changements pour le métier de psychologue ?

Le Ministère de la Santé ne parvient pas à faire aboutir l'écriture de décrets d'application devant faire face aux contestations des différents professionnels.

Au printemps 2008, le Ministère de la Santé décide d'arrêter un des projets de décret d'application de l'article 52, soumis au CNESER (Conseil National de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche) le 16 juin 2008. Dans la note de présentation on retrouve : "il ne s'agit pas de créer une nouvelle profession, ni d'encadrer la formation et la pratique de la psychothérapie mais de préciser les conditions dans lesquelles il peut être fait usage de ce titre"

Il y est exigé pour tous professionnels d'avoir validé une formation théorique de 400 heures (c'est-à-dire inférieure au total de la formation en psychopathologie clinique d'un Master de Psychologie clinique) et un stage pratique de 5 mois.

Possibilités de dispenses partielles de formation selon les catégories professionnelles concernées (médecins, médecins psychiatres, psychologues, psychanalystes).

18 MARS 2009 : PROJET DE LOI PORTANT RÉFORME DE L'HÔPITAL ET RELATIF AUX PATIENTS, À LA SANTÉ ET AUX TERRITOIRES.

23 JUILLET 2009 : ARTICLE 91 DE LA LOI HPST

L'article 91 de la loi HPST du 21 juillet 2009 opère une modification de l'article 52 de la loi du 9 août 2004 pour résoudre les difficultés rencontrées à écrire un décret d'application. Il modifie l'article 52 portant sur l'usage du titre de psychothérapeute.

Article 52 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 modifié par l'article 91 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009

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

[...] Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article et les conditions de formation théorique et pratique en psychopathologie clinique que doivent remplir l'ensemble des professionnels souhaitant s'inscrire au registre national des psychothérapeutes. Il définit les conditions dans lesquelles les ministres chargés de la santé et de l'en-

seignement supérieur agréent les établissements autorisés à délivrer cette formation.

L'accès à cette formation est réservé aux titulaires d'un diplôme de niveau doctorat donnant le droit d'exercer la médecine en France ou d'un diplôme de niveau master dont la spécialité ou la mention est la psychologie ou la psychanalyse.

Le décret en Conseil d'État définit les conditions dans lesquelles les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine, les personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue dans les conditions définies par l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et les psychanalystes régulièrement enregistrés dans les annuaires de leurs associations peuvent bénéficier d'une dispense totale ou partielle pour la formation en psychopathologie clinique. [...]

Le décret en Conseil d'État précise également les dispositions transitoires dont pourront bénéficier les professionnels justifiant d'au moins cinq ans de pratique de la psychothérapie à la date de publication du décret."

Il n'y a plus de notion de professionnels "inscrits de droit", la formation en psychopathologie clinique est exigible de tous et l'accès à cette formation requiert un niveau de diplôme élevé : titre de docteur en médecine, master de psychologie ou de psychanalyse. Y sont toujours mentionnés "les psychanalystes régulièrement enregistrés dans les annuaires de leurs associations".

20 MAI 2010 : DÉCRET D'APPLICATION RELATIF À L'USAGE DU TITRE DE PSYCHOTHÉRAPEUTE (CF ANNEXE)

Le 20 mai 2010 paraît le décret relatif à l'usage du titre de psychothérapeute publié au JO n° 0117 du 22 mai 2010 (décret n° 2010-534)

Ce décret définit les critères de formation en psychopathologie clinique exigée, fixe les conditions d'agrément des établissements de formation, précise les dispenses partielles ou totales de formation dont peuvent bénéficier les médecins, psychologues et psychanalystes et enfin arrête les dispositions transitoires applicables aux "psychothérapeutes" en exercice à

la date de publication du décret. Il n'y est toujours pas fait mention de formation à la pratique psychothérapique.

Il précise une condition de diplôme minimal pour avoir accès à cette formation. Elle est réservée aux personnes titulaires d'un doctorat de médecine ou d'un master ayant pour mention ou pour spécialité la psychologie ou la psychanalyse.

Les psychiatres sont exemptés de formation complémentaire. Les médecins non psychiatres seront contraints à une formation complémentaire. On retrouve la notion de "psychologue clinicien" qui ne correspond pas à un titre protégé comme tel ni un parcours de formation identifiée. Les "psychologues cliniciens" n'ont pas de dispense totale et devront se soumettre à une formation théorique et pratique complémentaire.

La formation théorique comprend 400 heures d'enseignement pour acquérir ou valider des connaissances relatives au développement, fonctionnement et processus psychiques, aux critères de discernement des grandes pathologies psychiatriques, aux différentes théories se rapportant à la psychopathologie, aux principales approches utilisées en psychothérapie. Le stage est d'une durée minimale de cinq mois.

Les professionnels justifiant d'au moins 5 ans de pratique de la psychothérapie peuvent être inscrits sur la liste départementale, après avis de la commission régionale d'inscription.

Le décret ne précise pas la catégorie "professionnelle n'appartenant à aucune des catégories précédentes" que l'on voit en effet apparaître dans l'annexe du décret.

Le décret a renforcé le niveau exigé pour agréer les établissements de formation.

Les psychologues, notamment par le biais de leurs organisations professionnelles et syndicales, ont déposé un recours juridique contre le décret relatif à l'usage du titre de psychothérapeute, le 12 juillet 2010. Ils contestaient notamment que l'on exige d'eux des formations complémentaires qui sont déjà incluses dans leur formation initiale.

Le recours a été examiné le mercredi 21 septembre 2011. Le rapporteur public a conclu au rejet de l'ensemble des requêtes porté contre le décret n°2010-534 du 20 mai 2010 : arrêt du Conseil d'Etat du 27 octobre 2011. Ce décret

est jugé conforme à l'article 52 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique modifiée par la loi n°2011-940 du 10 août 2011-art 47 (V). Les organisations professionnelles de psychologues sont en pourparler et évoquent une modification de l'annexe du décret qui pourrait être en réécriture pour mettre à parité psychologues et psychiatres pour la dispense totale de l'enseignement théorique et du stage s'il a été effectué pendant les études.

Fin 2011 les bureaux concernés au Ministère de la Santé et au Ministère de l'enseignement Supérieur et de la Recherche examinent un projet de modification de l'annexe du décret du 20 mai 2010 afin de prévoir une dispense de formation théorique complémentaire et de stage pour les titulaires du titre de psychologue ayant accompli le stage professionnel lié à l'obtention de ce titre, dans les conditions prévues à l'art.4 du décret du 20 mai 2010. Une dispense de toute formation théorique mais réalisation d'un stage de 2 mois dans les conditions de l'art.4 du décret, pour les titulaires du titre de psychologue dont le stage professionnel lié à l'obtention de ce titre n'a pas été réalisé dans les conditions de cet article (voir sites des organisations professionnelles et syndicales).

CONCLUSION

Au décours de ce long cheminement pour l'élaborer une loi portant sur l'usage du titre de psychothérapeute, on remarquera l'impasse faite sur la formation à la pratique de la psychothérapie elle-même. Ce titre pourra être en effet délivré à des personnes dont on n'aura pas exigé de formation à la psychothérapie mais une formation à la psychopathologie clinique.

Une confusion supplémentaire dans la visibilité des professions et leurs missions est introduite par le biais d'un nouveau titre de "psychothérapeute".

Il est à souligner que concernant les professions réglementées, dont font partie les psychologues, la pratique de la psychothérapie peut, sous réserve d'une formation complémentaire personnelle, faire partie de leur activité. Le titre de psychothérapeute ne leur est donc pas nécessaire. (Cf argumentaires sur le site des organisations professionnelles et syndicales). ●

Decret n°2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute

Article 1

L'inscription sur le registre national des psychothérapeutes mentionné à l'article 52 de la loi du 9 août 2004 susvisée est subordonnée à la validation d'une formation en psychopathologie clinique de 400 heures minimum et d'un stage pratique d'une durée minimale correspondant à cinq mois effectué dans les conditions prévues à l'article 4. L'accès à cette formation est réservé aux titulaires d'un diplôme de niveau doctorat donnant le droit d'exercer la médecine en France ou d'un diplôme de niveau master dont la spécialité ou la mention est la psychologie ou la psychanalyse.

Article 2

Par dérogation aux dispositions de l'article précédent, les professionnels mentionnés au cinquième alinéa de l'article 52 de la loi précitée sont dispensés en tout ou partie de la formation et du stage dans les conditions prévues par l'annexe 1 du présent décret.

Article 3

La formation mentionnée à l'article 1er vise à permettre aux professionnels souhaitant user du titre de psychothérapeute d'acquérir et de valider des connaissances relatives : 1° Aux développement, fonctionnement et processus psychiques ; 2° Aux critères de discernement des grandes pathologies psychiatriques ; 3° Aux différentes théories se rapportant à la psychopathologie ; 4° Aux principales approches utilisées en psychothérapie.

Article 4

Le stage pratique mentionné à l'article 1er s'effectue à temps plein ou à temps partiel, de façon continue ou par périodes fractionnées. Il est accompli dans un établissement public ou privé détenant l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique ou à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles. Toutefois, le site du stage ne peut être le lieu de travail de la personne en formation. Le stage est placé sous la responsabilité conjointe d'un membre de l'équipe de formation d'un établissement agréé en appli-

cation des articles 10 et 15 et d'un professionnel de l'établissement mentionné au deuxième alinéa, maître de stage. Il donne lieu à un rapport sur l'expérience professionnelle acquise soutenu devant les responsables du stage et un responsable de la formation de l'établissement agréé. Le stage est validé par le responsable de la formation.

Article 5

Le contenu de la formation théorique et pratique mentionnée à l'article 1er, les critères et modalités de son évaluation ainsi que les objectifs du stage sont définis par un cahier des charges pris par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et publié au Journal officiel de la République française.

Article 6

L'établissement de formation s'assure, au moment de l'inscription, que le candidat justifie de l'un des diplômes ou titres de formation mentionnés au quatrième alinéa de l'article 52 de la loi du 9 août 2004 ou d'un diplôme ou titre de formation reconnu équivalent dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

CHAPITRE II : LE REGISTRE NATIONAL DES PSYCHOTHERAPEUTES

Article 7

- L'inscription sur la liste départementale mentionnée au deuxième alinéa de l'article 52 de la loi du 9 août 2004 est effectuée par le préfet du département de la résidence professionnelle principale du demandeur. Elle est gratuite. Elle doit avoir été effectuée avant toute utilisation du titre de psychothérapeute. Dans le cas où le professionnel exerce dans plusieurs sites en tant que psychothérapeute, il est tenu de le déclarer et de mentionner les différentes adresses de ses lieux d'exercice. En cas de changement de situation professionnelle, le professionnel en informe les services du préfet.
- La demande est adressée au directeur général de l'agence régionale de santé

dans le ressort duquel se situe la résidence professionnelle du demandeur. Celui-ci délivre un accusé de réception dans les conditions fixées par le décret du 6 juin 2001 susvisé après réception de l'ensemble des pièces justificatives mentionnées à l'article 8 et assure l'instruction pour le compte du préfet. Il fait connaître à ce dernier son avis sur la demande d'inscription dans le délai de 45 jours. Le silence gardé par l'autorité préfectorale à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la réception du dossier complet vaut décision de rejet de la demande.

- L'ensemble des listes départementales constitue le registre national des psychothérapeutes.

Article 8

I. — En vue de leur inscription sur la liste départementale, les professionnels fournissent : 1° La copie d'une pièce d'identité ; 2° L'attestation de l'obtention du titre de formation mentionné à l'article L. 4131-1 du code de la santé publique ou du diplôme de niveau master mentionné à l'article 6 ; 3° L'attestation de la formation en psychopathologie clinique mentionnée à l'article 1er à l'exception des professionnels bénéficiant d'une dispense totale ; 4° Le cas échéant, l'attestation d'enregistrement pour les professions et titres réglementés par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles.

II. - Les professionnels appartenant à l'une des trois catégories mentionnées au cinquième alinéa de l'article 52 de la loi du 9 août 2004 susvisée fournissent en outre selon les cas : 1° Soit l'attestation de l'obtention du titre de formation de spécialiste en psychiatrie ; 2° Soit l'attestation de l'obtention de l'un des diplômes mentionnés au décret du 22 mars 1990 susvisé permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue ou l'autorisation obtenue en application des alinéas II et III de l'article 44 de la loi du 25 juillet 1985 susvisée ; 3° Soit l'attestation de l'enregistrement régulier dans un annuaire d'association de psychanalystes. Cette attestation est établie par le

président de l'association. Elle est accompagnée d'une copie de l'insertion la plus récente au Journal officiel de la République française concernant l'association et mentionnant son objet. III. - Les modalités de présentation de la demande d'inscription, et notamment la composition du dossier accompagnant la demande, sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé publié au Journal officiel de la République française.

Article 9

La liste départementale mentionne pour chaque professionnel : 1° Son identité ; 2° Son lieu d'exercice principal et, s'il y a lieu, ses lieux d'exercice secondaires ; 3° Le cas échéant, la mention et la date d'obtention des diplômes relatifs aux professions de santé mentionnées dans la quatrième partie du code de la santé publique ou à la profession de psychologue, la date de l'autorisation obtenue en application des alinéas II et III de l'article 44 de la loi du 25 juillet 1985 susvisée ou le nom de l'association de psychanalystes dans l'annuaire de laquelle le professionnel est régulièrement enregistré ; 4° Le nom de l'établissement de formation ayant délivré l'attestation de formation en psychopathologie clinique ainsi que la date de délivrance de cette attestation. Ce document présente la liste des inscrits selon leur profession d'origine. Cette liste est tenue gratuitement à la disposition du public. Elle est publiée chaque année au recueil des actes administratifs de la préfecture.

CHAPITRE III : AGREMENT DES ETABLISSEMENTS DE FORMATION

Article 10

— Les établissements autorisés à délivrer la formation prévue à l'article 1er sont agréés pour quatre ans par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur après avis d'une commission régionale d'agrément.

- La commission régionale d'agrément est composée de six personnalités qualifiées titulaires et de six personnalités qualifiées suppléantes. Ces personnalités sont nommées pour trois ans

par le directeur général de l'agence régionale de santé qui les choisit en raison de leurs compétences dans les domaines de la formation et de leur expérience professionnelle dans le champ de la psychiatrie, de la psychanalyse ou de la psychopathologie clinique, sans qu'aucune des trois catégories de professionnels mentionnées au cinquième alinéa de l'article 52 de la loi du 9 août 2004 susvisée ne soit majoritaire au sein de la commission. Parmi ces personnalités, siègent deux professeurs des universités spécialisés en psychiatrie, psychologie ou psychanalyse. Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne le président de la commission. Le mandat des membres de la commission est renouvelable une fois.

Article 11

L'avis motivé de la commission est rendu au regard des éléments suivants : 1° La conformité du contenu de la formation proposée aux conditions posées aux articles 1er, 2, 3, 4 et 5 du présent décret ; 2° La conformité des conditions et modalités de validation de la formation théorique et pratique prévues par l'établissement au regard des dispositions prévues par l'arrêté mentionné à l'article 5 du présent décret ; 3° L'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation de la qualité de la formation dispensée. Il fait l'objet d'un dossier indiquant la structure publique ou privée de son choix à laquelle sera confiée l'évaluation en cause ainsi que le processus d'évaluation retenu. Ce dossier précise en outre le statut de l'évaluation, la méthode utilisée, les indicateurs retenus et les différentes phases de l'évaluation, l'identité et la qualification des évaluateurs ainsi que le calendrier prévisionnel de l'évaluation ; 4° La qualité de l'équipe pédagogique responsable qui est composée notamment d'enseignants permanents, de professionnels de santé, ainsi que de personnes autorisées à porter le titre de psychothérapeute. Cette équipe est placée sous l'autorité d'un conseil scientifique comprenant notamment un

titulaire d'un titre de formation mentionné à l'article L. 4131-1 du code de la santé publique ; 5° L'adéquation des moyens pédagogiques par rapport au projet pédagogique et à l'effectif des élèves dans les différentes années de formation ; 6° La conformité des locaux en matière de sécurité et d'accessibilité, ainsi que leur adéquation par rapport au projet pédagogique et à l'effectif des élèves dans les différentes années de formation. Les établissements d'enseignement privés doivent en outre satisfaire aux prescriptions des articles L. 731-1 à L. 731-17 du code de l'éducation.

Article 12

La personne physique ou morale juridiquement responsable d'un établissement de formation désirant assurer la formation mentionnée à l'article 1er établit un dossier de demande d'agrément. Ce dossier est adressé au plus tard six mois avant la date de l'ouverture de la formation au directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel l'établissement a son siège social. Celui-ci en accuse réception dans les conditions fixées par le décret du 6 juin 2001 susvisé. La composition de ce dossier est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. Il comporte notamment les statuts de l'établissement de formation et sa capacité d'accueil, la description des formations délivrées, la description des locaux et des moyens pédagogiques. Il précise, s'agissant de la formation en psychopathologie clinique, le contenu de la formation théorique et pratique délivrée, le descriptif du corps enseignant (effectifs, qualité, qualification), la nature des activités et de la participation à la recherche de l'équipe responsable de la formation.

Article 13

Tout dossier déposé est transmis par le directeur général de l'agence régionale de santé au secrétariat de la commission dans un délai d'un mois à compter de l'accusé de réception de la demande initiale. La commission se réunit sur convocation de son président et dans les conditions fixées par le décret du 8 juin 2006 susvisé. Elle rend son avis dans le délai de deux mois à

compter de sa saisine. Le représentant de l'établissement de formation est entendu par la commission régionale s'il en formule le souhait au moment du dépôt de la candidature ou à la demande de la commission. L'avis est notifié à l'établissement qui a introduit la demande.

Article 14

En cas d'avis négatif et dans un délai d'un mois suivant sa notification, le représentant de l'établissement de formation peut demander au directeur général de l'agence régionale de santé de convoquer une nouvelle réunion de la commission. Celle-ci siège dans une formation élargie à l'ensemble de ses membres titulaires et suppléants. Son avis se substitue au premier avis rendu.

Article 15

La décision d'agrément intervient au plus tard six mois après le dépôt de la demande initiale. En cas de recours dans les conditions prévues à l'article 14, ce délai est prolongé de deux mois. Le silence de l'administration à l'expiration de ce délai vaut décision de rejet. La suspension ou le retrait de l'agrément sont prononcés par décision motivée des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur après que l'établissement a été mis à même de présenter ses observations lorsque le contenu ou les modalités d'organisation de la formation cessent d'être conformes aux conditions prévues à l'article 11 du présent décret.

CHAPITRE IV : DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 16

- I. — Les professionnels justifiant d'au moins cinq ans de pratique de la psychothérapie à la date de publication du présent décret peuvent être inscrits sur la liste départementale mentionnée à l'article 7 alors même qu'ils ne remplissent pas les conditions de formation et de diplôme prévues aux articles 1er et 6 du présent décret. Cette dérogation est accordée par le préfet du département de la résidence professionnelle du demandeur après avis de la commission régionale d'inscription. Le professionnel présente

cette autorisation lors de sa demande d'inscription sur la liste départementale des psychothérapeutes.

- II. - La commission mentionnée au I est présidée par le directeur général de l'agence régionale de santé ou par la personne qu'il a régulièrement désignée pour le représenter. Elle comprend six personnalités qualifiées titulaires et six personnalités suppléantes, appartenant à l'une des trois catégories mentionnées au cinquième alinéa de l'article 52 de la loi du 9 août 2004 susvisée, et nommées par le directeur général de l'agence régionale de santé qui les choisit en raison de leurs compétences dans les domaines de la formation et de leur expérience professionnelle dans le champ de la psychiatrie, de la psychanalyse ou de la psychopathologie clinique, sans qu'aucune de ces trois catégories de professionnels ne soit majoritaire au sein de la commission. Ses membres sont nommés pour une durée de trois ans renouvelable une fois. La commission se réunit dans les conditions fixées par le décret du 8 juin 2006 susvisé. Les frais de déplacement et de séjour de ses membres sont pris en charge dans les conditions prévues par la réglementation applicable aux fonctionnaires de l'Etat. La commission s'assure que les formations précédemment validées par le professionnel et son expérience professionnelle peuvent être admises en équivalence de la formation minimale prévue à l'article 1er et, le cas échéant, du diplôme prévu à l'article 6. Elle définit, si nécessaire, la nature et la durée de la formation complémentaire nécessaire à l'inscription sur le registre des psychothérapeutes. Le professionnel est entendu par la commission s'il en formule le souhait au moment du dépôt de son dossier ou à la demande de la commission.

Article 17

Les professionnels qui souhaitent obtenir une autorisation d'inscription sur le registre des psychothérapeutes en application de l'article 16 présentent dans le délai d'un an

Quels changements pour le métier de psychologue ?

à compter de la publication du présent décret un dossier en ce sens dans les conditions prévues à l'article 7. Cette demande est accompagnée des pièces justificatives, notamment administratives attestant de l'exercice de la psychothérapie. A la réception du dossier complet, il est délivré à l'intéressé un accusé de réception délivré dans les conditions fixées par le décret du 6 juin 2001 susvisé. Celui-ci permet au professionnel qui utilisait précédemment le titre de psychologue de continuer à l'utiliser jusqu'à l'intervention de la décision. Le silence gardé pendant plus de six mois sur une demande présentée au titre du I de l'article 16 vaut décision de rejet. Dans les cas où, en application de ces dispositions, il est demandé au candidat de justifier d'une formation complémentaire, celle-ci doit être effectuée avant le 1er janvier 2014. Si cette exigence n'est pas remplie, le préfet retire le professionnel des inscrits sur la liste départementale des psychologues.

Article 18

Les dispositions du présent décret entrent

en vigueur à compter du 1er juillet 2010. Pour l'application du présent décret à Saint-Pierre-et-Miquelon, les compétences dévolues au directeur général de l'agence régionale de santé par le présent décret sont exercées par les services chargés de l'administration territoriale de la santé.

Article 19

Le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, la ministre de la santé et des sports et la ministre auprès du ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, chargée de l'outre-mer, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

ANNEXE

NOMBRES D'HEURES DE FORMATION EN PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE EXIGÉES DES CANDIDATS AU TITRE DE PSYCHOTHÉRAPEUTE

THÈME de formation	PSYCHIATRES Dispense totale	MÉDECINS non psychiatres	PSYCHOLOGUES cliniciens	PSYCHOLOGUES non cliniciens	PSYCHANALYSTES Régulièrement enregistrés dans leur annuaires	PROFESSIONNELS n'appartenant à aucune des catégories précédentes
Développement, fonctionnement et processus psychiques	0 h	0 h	0 h	0 h	0 h	100 h
Critères de discernement des grandes pathologies psychiatriques	0 h	0 h	50 h	100 h	100 h	100 h
Théories se rapportant à la psychopathologie	0 h	100 h	50 h	100 h	50 h	100 h
Principales approches utilisées en psychothérapie	0 h	100 h	50 h	100 h	50 h	100 h
Stage	0 mois	2 mois	2 mois	5 mois	2 mois	5 mois

Psychothérapeute : à quel titre ?

*Patrice Nominé, CSAPA Espace Murger - Service de Psychiatrie
Adulte du Pr. Jean Pierre Lépine, Hôpital Fernand Widal*

La préoccupation des pouvoirs publics de réglementer la pratique officielle de la psychothérapie provoque des turbulences dans le petit monde des psychologues qui se targuent d'en effectuer sous les formes les plus diverses, et qui se voient sommés de faire la preuve de leur formation dans ce domaine, à défaut de faire de même en ce qui concerne leur compétence, ce qui, par ailleurs, n'est guère démontrable.

Chacun d'entre eux peut bien entendu invoquer son expérience ineffable ou le prestige accordé à sa théorie de référence pour estimer légitime de s'affranchir d'une telle justification, tout en ne perdant pas de vue qu'un statut estampillé par l'autorité administrative peut garantir la poursuite sereine de telles activités. Pour les plus éclectiques, le choix d'une école certifiante ressemblera à un mariage de raison.

C'est donc au prix d'une soumission à l'autorité que l'exercice d'une telle liberté peut espérer se perpétuer. C'est là l'une des formes de la résignation, peu glorieuse certes, à laquelle on pourrait préférer le discernement, formulation bien plus acceptable au regard de l'estime de soi. C'est ce dont semblent avoir manqué celui ou celle ou ceux qui ont cru bon d'aller couiner dans une oreille des plus compatissantes que la pratique de la psychothérapie devait être réservée à des professionnels persuadés de savoir y faire, et capables de présenter des garanties, plutôt qu'à des gougnaftiers même pas fichus d'exhiber la moindre preuve convaincante de la légitimité de leurs prétentions. Ce qui est d'ailleurs la réalité. Mais comment s'étonner d'une telle bévue, si l'on s'en rapporte à la célèbre Loi de Murphy qui énonce

que "s'il y a plusieurs façons de faire quelque chose, et que l'une d'elles peut aboutir à une catastrophe, alors quelqu'un la choisira".

Les mêmes qui réclamaient la mise en place d'une réglementation officielle réservant le titre de psychothérapeute à des professionnels de qualité, dûment formés à cet effet, sont parmi les premiers à protester contre les formes données à cette dernière par une souveraineté déficitaire dont l'exercice autoritaire nous rappelle que nous sommes destinés à nous faire apprendre ce que l'on sait déjà par des gens qui n'y connaissent rien. À l'heure de la prolifération des référentiels et des protocoles, réclamer encore un peu plus de contrôles et de vérifications suspicieuses ne peut que servir de vitiatique aux frileux de la subjectivité, qui sont friands de contraintes rassurantes. Et on ne s'étonnera pas de les voir se formaliser d'en avoir appelé à Raminagrobis, comme dans la célèbre fable de Jean de La Fontaine : "Le chat, la belette et le petit lapin" :

"C'était un chat vivant comme un dévot ermite,
Un chat faisant la chattemite,
Un saint homme de chat, bien fourré, gros et gras,
Arbitre expert sur tous les cas..."

Et de voir se faire croquer tout uniment sectateurs et protestataires, tout marris d'avoir consenti à l'incompétence et la condescendance de "décideurs", comme on dit, le sort de leurs activités. D'où la singularisation des hésitants aménagés survenus, qui vident du procédé la généralisation qu'il visait au profit de reconnaissances professionnelles plus contraignantes encore par la judiciarisation des libertés du même tonneau. Et ce qui ne peut à l'évi-

Quels changements pour le métier de psychologue ?

dence valoir pour tous n'a que peu de chances de valoir davantage pour chacun. Ce seraient donc des organisations professionnelles qui se verraient décerner des prérogatives, pour les bénéficiaires qui auront eu la bonne idée de s'y glisser. Cela vérifie tout à la fois la méta-loi de Cooper qui énonce "qu'une prolifération de nouvelles lois crée une prolifération de nouveaux vides juridiques", et ce bon vieux proverbe qui dit que le clou qui dépasse attire le marteau.

On savait dénombrer quelques centaines de types de psychothérapies, pléthore d'autant plus dérisoire que cette recension ne concerne le plus souvent que des techniques psychothérapeutiques, certes impliquées dans des dispositifs à visée thérapeutique, mais certainement incapables de définir la psychothérapie, car comment établir un modèle de l'indéfinissable. Pour autant, il sera difficile de démontrer que la formation certifiée à une technique psychothérapeutique est assimilable à la performance de sa mise en oeuvre. Car qu'en est-il vraiment dans la réalité de ces audacieuses pratiques ? S'agit-il d'une illusion entretenue par les thérapeutes sur l'intérêt de leurs manœuvres ? Les patients qui s'y exposent ne font-ils que changer de registre de représentations ou accèdent-ils réellement à une autre dimension de leur être ? Et comment s'accommodent-ils des aventures parfois interminables dans lesquelles de telles situations les plongent ?

Ces derniers, qui se sont aperçus que le destin commençait à leur masser les épaules, s'ils n'acceptent la perspective du changement que par nécessité, et la nécessité que parce que leur sentiment d'existence se trouve en délicatesse, se trouvent le plus souvent à la recherche d'un sentiment perdu, celui de la complétude. Et ce sont eux qui décident finalement si leur rencontre avec un ou une psychologue doit prendre cette tournure, après avoir épuisé tout ce qui leur avait jusque-là permis d'y échapper. Ils n'ont plus confiance dans la réali-

té, qui n'est elle-même après tout qu'un sentiment collectif. C'est que le patient qui se résout à consulter fait la preuve qu'il a réussi à surmonter sa honte de devoir nécessiter une telle démarche, ce qui démontre l'existence de la première ressource personnelle qui lui appartient. Si le patient néglige ce qui le pousse à changer, alors le changement lui-même est négligé. Il doit rencontrer une attitude telle qu'il en ressentira de la considération, première ressource thérapeutique en retour à la disposition du psychothérapeute.

Et puis, on voit tous les jours des patients aller mieux en dépit de nos subtiles interventions, peut-être grâce aux perfectibilités de celles-ci. Le patient met son talent à notre service, mais pour le bon déroulement des choses, il doit être éclairé sur ses responsabilités. Prisonnier des circonstances, ce qui le rend malheureux, le patient soucieux de participer à son émancipation doit inciter son ou sa psychothérapeute, par des questions simples et bienveillantes, à reformuler ce qu'il comprend de la situation et à exprimer son ressenti. Il est essentiel que le thérapeute se sente écouté, informé et respecté. Il ne doit pas craindre de l'importuner, puisque de toute façon, ce sera le cas. En préservant la liberté de pensée de ce dernier et en veillant à le faire participer aux orientations de la thérapie, le patient doit mettre une grande conviction à le convaincre qu'il est la personne concernée en premier lieu par le choix de celle-ci, avec la capacité de réfléchir et de prendre les décisions qui le concernent à partir des informations qu'il partage avec lui. Le patient devra également prêter attention aux signes de conduites addictives ou aux troubles obsessionnels compulsifs du psychothérapeute. Un signe d'appel à connaître est la position condescendante ou le silence obstiné, ou encore la somnolence difficilement dissimulée, qui sont sans rapport avec les attentes d'écoute et de compréhension que le patient tente d'exprimer. Le patient doit savoir que la prévalence du suicide, de la dépression, du syndrome décision-

nel, de l'alcoolisme et de la toxicomanie est bien supérieure chez les psychothérapeutes à celle de la population générale. Il s'efforcera donc de lui faciliter la vie par de petites attentions ou remarques gratifiantes afin de ne pas alimenter les fameux dysfonctionnements dont les protocoles thérapeutiques se sont entichés. Enfin, les interlocuteurs ne devront jamais perdre de vue que l'on n'est jamais autant déçu que par les illusions que l'on perd. Bref, pour le privilège d'une synergie additive de bon aloi, le patient et son psy doivent parvenir à se persuader que leur liberté de manoeuvre consiste à faire tout ce que permet la longueur de la chaîne qui les assujettit. Et la principale recommandation exigée pour les deux acteurs de ces procédés interactifs, tant pour le patient que pour son psy semble devoir se fonder sur une robuste et saine suspicion mutuelle. La réciprocité est la clef de tous les rapports humains.

Si l'on veut bien écarter un instant les passionnantes présentations de cas superbement rapportés par leurs auteurs, et dont les colloques sont friands, où tout est élucidé et dans lesquelles tout semble s'expliquer facilement, où la posture adoptée par le ou la psychothérapeute s'est trouvée bien venue, où ses interprétations se sont révélées pertinentes et ses interventions judicieuses, qui auront abouti à un résultat suffisamment satisfaisant pour être exposé, on s'autorisera à penser que ces présentations sont sans doute davantage d'inévitables reconstructions que la traduction fidèle du déroulement des événements, de l'ordre de l'implacable authenticité dont se montre capable une caméra de surveillance de distributeur de billets de banque. Après tout, si le mensonge est le secret de la vie amoureuse, c'est aussi le ciment de la vie sociale. La subjectivité s'insinue partout, peut-être plus encore dans les souvenirs que dans les activités de perception. "Un souvenir est un mensonge qui dit toujours la vérité" a écrit Jean Cocteau, reconstruction conjecturale, mais sincère expression dans l'instant de sa remémoration, puisque tout

peut être exact sans que rien ne soit vrai. En théorie, tout s'explique ; en pratique, tout se complique. Ce n'est pourtant pas une raison pour faire les gros yeux aux garnements de la psychothérapie. Qui s'intéresserait à la peinture dans le seul but de devenir trafiquant d'œuvres d'art ?

Or, ce que redoute la thérapeutique, c'est l'erreur, la faute restant beaucoup plus inconcevable qu'elle est exceptionnelle et l'échec trop récurrent ; tandis que ce qu'évite la circonspection — en ne versant d'aucuns côtés — c'est la partialité. C'est donc vrai qu'elle apparaît ordinaire, commune, qu'elle ne se dissipe pas, comme le fait le théorique dans ses cabrioles, et si elle ne fait pas toujours la preuve d'une grande inventivité, elle n'est pas hantée par l'exigence de la cohérence, ce spectre des petits esprits. Elle ne cherche pas non plus à susciter la contradiction, ni ne vise à se singulariser en prenant une position, mais elle aspire à conserver l'esprit ouvert à tous les possibles, quitte à cultiver le paradoxe. C'est sans doute pour cette raison que quand l'adresse à un patient se révèle thérapeutique, ce n'est pas une surprise totale, c'est le plus souvent l'aboutissement d'une démarche heuristique. Ceux qui s'embarrassent dans un diagnostic, ce qu'ils s'imaginent indispensable avant toute entreprise, et auquel ils finissent par croire et, ce faisant, faire croire implicitement au patient qu'il s'applique à lui, même quand ils ne cèdent pas à la tentation de lui en faire la révélation, peuvent finir par s'enfermer dans une illusion commune. Une telle disposition est assimilable dans son essence au présupposé. On voit la difficulté apparaître dans les efforts d'y faire pièce et que cela ne présage rien de bon.

Pourtant, on a bien souvent vu la situation thérapeutique évoluer favorablement en dépit de ces prémisses douteuses. Qu'en penser ? Si l'on considère que la tâche fondamentale du psychothérapeute est bien de résoudre des problèmes de manière efficace et dynamique,

Quels changements pour le métier de psychologue ?

si l'on peut s'écarter un tant soit peu des conceptions traditionnelles des problèmes psychopathologiques, mettre en doute l'existence de déficits à réparer ou à compenser chez le patient, s'autoriser à penser que la résistance au changement de ce dernier n'a rien à voir avec la rentabilité spécifique de symptômes en terme de pouvoir interpersonnel, on peut envisager d'introduire des solutions qui ne s'entretiennent pas elles-mêmes et deviennent des obstacles au changement. Alors, le thérapeute peut se contenter d'amorcer un changement et décliner la nécessité de s'engager à l'accompagner jusqu'à son terme. Et quand les venues du patient deviennent plus rares, se souvenir que Freud déclarait que la cure est terminée quand le patient ne vient plus.

On connaît les dispositions favorables du patient à s'identifier au profil qu'on lui propose. Et si les patients se montrent rarement à la hauteur de ce que l'on attend d'eux, c'est parce que l'on attend quelque chose de leur part qui soit à la hauteur de nos prétendues compétences, dont, rappelons-nous, il s'agit de régler la mise en oeuvre. Or, l'objectif du thérapeute peut-il être légitimement de "confirmer ses convictions" ? S'il interprète les causes du mal-être de ses patients en fonction d'un schéma général et préétabli, ne les trahit-il pas ? Et serait-il bien congru de proposer des thérapies en prêt-à-porter, même en demi-taille, plutôt que faire dans le sur mesure, en fonction des ressources que le patient a l'air de présenter ? Les deux acteurs de l'affaire risquent de rater ce qu'ils recherchent implicitement en croyant y gagner quelque chose : le thérapeute, la confirmation de ses convictions et le patient, un éclaircissement de ses difficultés en même temps que son adoption par une autorité qui l'entérine. Toute clarté se paie d'un mystère et comme une conscience claire est le signe d'une mauvaise mémoire, on n'en saura pas beaucoup plus : les idées nettes et distinctes chères à René Descartes n'ont guère fait la

preuve de leur évidence. La responsabilité du thérapeute s'émaille de tant de déterminants que ce dernier est tout à fait capable de se ranger à ce qu'il croit justifié. Mais la croyance n'est pas seulement une idée que l'esprit possède, c'est également une idée qui possède l'esprit. Le plus grand dérèglement de l'esprit est de croire que les choses sont parce que l'on veut qu'elles soient. Les psychologues savent si bien identifier les situations qui se prêteront au bénéfice de leur clairvoyance, qu'ils sont également fortement sujets à l'*isségourée*, fâcheuse pathologie qui désigne un don particulier pour toujours chercher d'abord dans la mauvaise poche.

Toutefois, une relation de confiance une fois installée, ça commence à rouler, mais au fil du temps, la roue finit par prendre du jeu et les orientations à s'installer dans le confort, à s'enliser dans l'anamnèse, à travailler obstinément la répétition, à se contenter de pointer des mécanismes quant ça ne se réduit pas à la production de regrettables rationalisations. Il s'agit plutôt de réapprendre des conduites au patient après qu'il en ait renouvelé le choix, à s'engager dans des activités qui permettent de modifier substantiellement les modes de pensée. Le but ultime de la psychothérapie n'est pas seulement d'éliminer des comportements déplorables, c'est d'apprendre à mieux gérer ses propres processus mentaux, à affronter avec plus de réussite des situations oppressantes et à développer des opérations psychiques plus performantes et une manière d'être au monde plus épanouissante, une expression de la sphère psychique privilégiant la valorisation des aspirations individuelles, qui débouche sur la prédilection pour l'espace intérieur caractérisé, sur lequel on pense souvent être susceptible de pouvoir agir. Mais comment juger acceptable que le patient se retrouve dans la position de celui qui, la clé de son appartement à la main, se voit contraint d'actionner la sonnette pour rentrer chez lui ?

Tout ceci pour suggérer une approche zététique des psychothérapies, pour autant qu'elle puisse être soupçonnée de participer à l'actualisation de la confusion des genres, qui permettrait d'effectuer la distinction entre d'une part la psychotechnique de la thérapie, que la revendication du titre de psychothérapeute tendrait à certifier, au prix d'une réductionnisme préjudiciable à la pratique clinique et au mépris d'une certaine créativité, et la conduite d'un projet psychothérapique circonspect avec des techniques appropriées et individualisées jouant le rôle d'un outil directionnel.

Les psychologues sont censés distinguer le subjectif de l'irrationnel. Il ne s'agit pas d'exclure la subjectivité, ni même de la réduire, mais de la conserver au cœur de la pratique de la psychologie clinique. C'est là, au cœur de la subjectivité, de l'individuel, que celle-ci peut justifier sa spécificité. En revanche, on ne se préoccupera pas des ayatollahs de la psychanalyse au masque douloureux et au regard filtrant, arborant un air d'en savoir long, ni des forcenés du dressage cognitif qui se désolent de ne pas voir le patient marcher mieux que cela dans la combine. Pas plus d'ailleurs que de tous les gardes-frontières des succès qui leur échappent, qui sont des envieux, comme tous les censeurs. À Thérapik Park, les psychothéraptors chassent tout autant en meute qu'en snipers.

Il est important de tendre vers une pratique permissive en accordant au patient la possibilité de réaliser que l'origine des changements se trouve en lui, comme il pense de celle des problèmes qui sont les siens, qui pourra, de cette façon, acquérir une autonomie dans son processus de traitement. Mais l'on a appris que ce résultat ne peut être obtenu que si l'on accorde au patient la possibilité de tricher. Cette faculté le poussera rarement à en user, mais sa virtualité, qu'il est en mesure de s'approprier, facilitera bien souvent la survenue des identifications recherchées par le thérapeute, parce que le

patient en fera ainsi plus facilement son affaire. C'est, en quelque sorte, entrer par la porte de derrière dans le champ complexe de la formation du réel.

Cette approche zététique estomperait également la suspicion de thaumaturgie qui reviendrait au professionnel qui, s'appuyant sur la conviction qu'il y a quelque chose à soigner chez le patient, au titre de l'adhésion de ce dernier à la proposition d'une telle assertion, s'exempterait du titre en vertu de l'autorisation qu'il s'octroierait à lui-même de pratiquer. Penser par soi-même, c'est souvent penser tout seul ou pire penser comme tout le monde. Mieux vaut peut-être penser contre soi-même et se faire à soi-même les objections des autres. Toutes les psychothérapies ont leurs chimères, après lesquelles elles courent sans jamais les attraper. Mais avantageusement, en chemin, elles s'octroient des opportunités qui ne sont pas toutes négligeables. Et sans oublier que quand la sincérité confine à l'arbitraire, on en vient à regretter l'hypocrisie, comme l'a magistralement exprimé Descartes, on peut décider que l'on n'est sûr de rien, et que l'on n'est même pas sûr que l'on n'est sûr de rien, cesser de considérer que les problèmes compliqués nécessitent forcément des solutions compliquées. Il y a aussi des psychothérapies qui durent des années, et un mauvais esprit pourrait établir une comparaison avec les banques, qui quoiqu'un virement par ordinateur ne prenne qu'une seconde, aiment en faire tout un plat afin que les fonds demeurent un moment dans leur système, et leur rapportent. Comme nous vivons irrésistiblement dans un monde de représentations, la séduction du titre peut exciter la convoitise — celle-ci constituant la plus formidable des motivations humaines — de psychothérapeutes en quête de reconnaissance. Mais ce sont les idées les plus séduisantes qui ont le plus souvent besoin de se maquiller. Le terme de trompe-couillon, désignant le maquillage en langue verte, est trop illustratif dans le domaine des psychothérapies

Quels changements pour le métier de psychologue ?

pour décourager complètement la tentation de s'insurger contre l'éventualité de sa pertinence. Le titre de psychothérapeute ressemble à la queue du Mickey de notre enfance qu'il fallait attraper pour avoir un tour gratuit de manège. On peut bien courir encore longtemps après son obtention, mais si l'on veut finir de rouler le pétard, il faudra bien se résoudre au bout d'un moment à cesser de rechercher le petit bout de shit tombé sur la moquette marron.

Alors, psychothérapeute, à quel titre, quand la proposition thérapeutique tiendrait tout entière en quatrième de couverture ? Et l'on peut ajouter à notre accablement la conjoncture imaginaire que nous ne nous en remettrons jamais et décider que la psychothérapie est devenue un business. Bien sûr, ces considérations ne s'appliquent pas aux psychothérapeutes pour lesquels rien n'est impossible, équipés du tout à l'ego à soi, qui sont, si l'on peut dire, la protubérance de la profession. Elles ne s'appliquent pas davantage à ces professionnels dont l'inaptitude est semblable à celle des jeunes paresseux, ces mammifères arboricoles de la forêt brésilienne, auxquels il arrive fréquemment d'empoigner leurs propres pattes à la place des branches, si bien qu'ils tombent des arbres.

Enfin, l'exigence de ce titre fait voir se multiplier des instituts de formation à la psychothérapie nés de la dernière pluie, qui ne feraient que prêcher pour leur paroisse à des ouailles fascinées par la quête de la qualification ? Il suffirait alors de détenir le titre de psychothérapeute pour le devenir, tandis que ceux ou celles qui en possèdent la compétence et qui se risquent à en pratiquer verraient fragilisée leur détermination à y recourir sans l'estampille de sa sacralisation. C'est ainsi qu'un mécanicien de la relation, identifié comme spécialiste du soin et de la gestion des relations interpersonnelles, viendra disqualifier la prodigieuse diversité des fonctionnalités de la psychologie clinique, à laquelle nous sommes tous attachés. Et l'on ver-

ra des psychothérapeutes nantis de bons certificats s'évertuer dans la profession et y forger leur réussite, juste pour prouver que c'est possible. Les exigences des employeurs se montreront de plus en plus impératives sur ce point, les assureurs jouant le rôle d'agences de notation, et l'on n'engagera désormais que des ébénistes qualifiés comme caissiers chez Ikea.

Quand le doute est levé, il débouche sur une incertitude, et le psychothérapeute ballotté au gré des vagues de l'océan du désir de nouvelles contraintes réglementaires, dans sa lutte contre la dérégulation par tous les temps, se trouve embarrassé par le choix impossible entre deux désillusions : voir que l'étendue du champ de la pratique de la psychothérapie se prête désormais décidément mal à son entreprise, ou constater combien ça va être difficile de l'entreprendre à ses propres conditions. C'est comme éprouver le désappointement de la dame constatant que la lunette des toilettes n'est pas abaissée, ou la consternation du monsieur qui découvre que la même lunette ne tient pas relevée. Mais quitte à voyager sur le Titanic, pourquoi pas en première classe ?

La vie professionnelle nous rappelle combien le monde peut paraître singulier lorsqu'on le regarde après avoir fait un simple pas sur le côté. L'exercice de la psychothérapie s'assaisonne de pas mal d'humilité et d'un peu de créativité. Peut-on être à la fois malin et intelligent ? Les psychologues cliniciens pratiquent volontiers l'usage des deux adverbes fondamentaux qui éveillent l'intelligence des enfants : "pourquoi" et "comment". L'intelligence incite à la réflexion, et la réflexion conduit au scepticisme. Le scepticisme, lui, mène à l'ironie. L'ironie, cette mélancolie de la lucidité, à son tour, se présente à l'esprit — qui se trouve en apport direct avec l'humour — qui fait si bon ménage avec la fantaisie. Et la vie devient une chose délicieuse, aussitôt qu'on décide de ne plus la prendre tout à fait au sérieux. ●



Psychologue à l'hôpital :
une espèce à protéger ?

Unité dans la diversité des pratiques : transversalité de nos cliniques

Modérateur : Patrice Nominé, Hôpital Fernand Widal

> La dimension culturelle dans l'écoute des patients migrants africains

Jacqueline Faure, Hôpital Tenon

Page 50

> Psychologue en réanimation pédiatrique : témoignage d'une pratique en évolution

Muriel Derome, Hôpital Raymond Poincaré

Page 60

> Séjour de vacances : quelle place pour le psychologue ?

Céline Le Bivic, Hôpital Émile Roux

Page 63

La dimension culturelle dans l'écoute des patients migrants africains : une approche originale avec l'association URACA

Jacqueline Faure, Service des maladies infectieuses et tropicales, Centre de la drépanocytose, Hôpital Tenon

"L'homme universel n'existe pas, il est inscrit dans une culture, dans un cadre. Or ce cadre est universel, il n'existe pas d'homme sans culture"

L'hôpital Tenon est situé à l'Est de Paris, bon nombre de patients migrants infectés par le VIH y sont soignés. Du fait de l'existence d'une maternité au sein de l'hôpital, beaucoup de femmes migrantes apprennent leur séropositivité à l'infection par le VIH-sida au cours du suivi de leur grossesse. La grande majorité de ces patients est originaire d'Afrique de l'Ouest.

Dès 1993, nous avons mis en place un partenariat avec l'association U.R.A.C.A. pour aider les patients en difficulté face au diagnostic de l'infection par le VIH-sida et aussi les soignants rencontrant des problèmes dans la prise en charge de certains patients.

Au début, les soignants et moi-même pensions que la plupart des patients africains "ne comprenaient rien !", Peu à peu avec l'aide d'URACA nous avons pris conscience que nous-mêmes ne les comprenions pas toujours, ou bien encore que nous ne savions pas nous faire comprendre d'eux.

Cette association d'aide aux Africains intervient dans différents domaines : accueil, aide juridique, sociale, solidarité, prévention, information, recherche dans le domaine de la santé (toxicomanie, SIDA, drépanocytose, troubles psychiatriques), et propose aussi des consultations d'ethnomédecine.

Ainsi, bien souvent les difficultés avec les pa-

tients d'origine étrangère sont liées à des problèmes de communication et de compréhension mutuelles dans la relation soignant-soigné. En comprenant l'événement migratoire et son impact dans la découverte d'une maladie grave, en étant sensibilisés à l'importance de la dimension culturelle dans le soin, nous avons ainsi amélioré l'accueil et la prise en charge de ces patients.

"Un système culturel est constitué d'une langue, d'un système de parenté, d'un corpus de techniques et de manières de faire (la parure, la cuisine, les arts, les techniques de soins, les techniques de maternage...). Tous ces éléments épars sont structurés de manière cohérente par des manières de penser : les représentations. [...] Les représentations permettent aux individus d'un même groupe d'appréhender le monde selon les modalités communes : représentations de la mort, de la conception..."

"J'emploie ce mot "culture" à contrecœur, avec la crainte d'être mal compris. Par ce terme je ne désigne pas l'écume luxueuse d'une civilisation, mais l'esprit très particulier d'un peuple, insaisissable."

Cette prise en charge globale avec l'association URACA s'effectue sous 4 formes:

1. le soutien communautaire
2. la médiation culturelle
3. la consultation d'ethnomédecine : une prise en charge transculturelle
4. la formation mutuelle, partage de savoir

1. LE SOUTIEN COMMUNAUTAIRE

"Je me sens coupé en deux, divisé, une partie de moi-même n'est pas ici" nous dit tel patient.

"La décision la plus terrible que j'aie eu à prendre dans ma vie c'est de rester ici pour me soigner et être ainsi séparée des miens" raconte cette femme dans un sanglot difficilement contenu.

"C'est très dur d'être seule...Je ne suis pas habituée...ici, quand tu sors de ta maison, personne ne se parle..."

Le soutien communautaire d'URACA s'organise de plusieurs façons :

Visite hebdomadaire au chevet du patient avec le port d'un repas africain : par la nourriture, par le dialogue dans la langue quand c'est possible, par la présence de ses pairs, quelque chose du pays est ainsi recrée et apaise le malade.

Accueil quotidien au sein de l'association : repas, atelier couture, atelier informatique, aides dans les démarches administratives, assemblée des femmes. Tout ceci dans une ambiance comme au pays.

Ces visites sont proposées aux malades isolés du fait du diagnostic ou qui n'ont pas de famille ici.

La migration est une épreuve qui provoque chez le sujet une déstabilisation, une fragilité liées à différentes pertes :

perte de l'enveloppe culturelle : la culture structure le psychisme humain, dans la migration il n'y a plus ce cadre culturel. "*Changer d'univers implique la perte brutale d'une langue, d'un système de référence, d'un système de codage, des perceptions, des sensations et des représentations, en un mot une acculturation [...]. La perte de l'enveloppe culturelle va donc provoquer des modifications de l'enveloppe psychique [...]*

la perte de repères : difficultés au niveau du changement de climat, de la nourriture, dans les déplacements dans la ville, dans les démarches administratives. Difficultés et même

souffrance dans la perte de la langue d'origine, Julia Kristeva d'origine bulgare, psychanalyste et écrivain dit ceci : "*... il y a mort dans la perte d'une langue natale...*".

la perte d'une certaine identité : être Camara ou Toure, être peul, ou bambara n'est pas socialement reconnu: le migrant devient un étranger, un noir, puis à l'hôpital éventuellement un séropositif.

la perte du groupe : l'isolement est douloureusement ressenti pour tout étranger. "*La solitude pour un Africain, c'est mortel...*" nous explique Monsieur Diarra, médiateur ethnoclinicien à URACA.

Autant d'éléments qui favorisent un état de vulnérabilité propice à une décompensation somatique ou psychologique (dépression). Le diagnostic d'une maladie grave vient renforcer cette fragilité. La solitude, dans les chambres individuelles de nos hôpitaux modernes - que nous, occidentaux, apprécions beaucoup - peut être mal supportée par le patient africain, elle est même parfois anxiogène. "*Un Africain n'est jamais seul. Au pays, s'il est hospitalisé, sa famille l'entoure, dort dans sa chambre*".

Par ces visites hebdomadaires, un tissu relationnel est ainsi créé qui peut se poursuivre à la sortie. Le soutien communautaire permet au patient isolé, dans la précarité, de retrouver ce lien structurant du groupe qui lui faisait défaut depuis son départ d'Afrique. Soutien qui va l'aider à mieux supporter sa maladie et à mieux se soigner. Pour un Africain, appartenir au groupe est vital, c'est pourquoi la grande crainte du malade est que son entourage soit au courant du diagnostic et le rejette. Le malade ne peut pas, ou ne veut pas, partager sa souffrance avec ses proches. La honte, la crainte de l'exclusion peuvent le conduire à un retrait difficile à supporter. "*Pour l'Africain, l'isolement est inconcevable. Sa force vitale est en relation constante avec celle des ancêtres proches et lointains et des membres du groupe. La plus grande calamité consiste à en être retranché et*

réduit ainsi à une existence déficiente, sans protection, vouée au néant."

Cette association communautaire n'est pas spécifiquement ciblée SIDA bien que ses membres soient formés à cette pathologie. A l'hôpital, elle apporte son aide à tout patient quelle que soit sa maladie. Le patient pourra s'il le souhaite aborder son diagnostic et il n'est pas rare qu'il le fasse. Apaisement et soulagement pour lui de constater que ce dont il souffre ne fait pas peur. Il peut retrouver confiance en lui.

2. LA MÉDIATION CULTURELLE

Le médiateur ethnoclinicien connaît bien la culture du patient originaire d'Afrique de l'Ouest et il parle plusieurs langues (peul, bambara, sarakolé, wolof, ...). Il intervient dans différentes situations :

Pour faciliter la communication entre le médecin et le patient: quand des explications concernant la maladie, le traitement n'ont pas été comprises. Il ne s'agit pas d'une simple interprétation, mais d'une formulation adaptée à la personne, à sa culture. Les messages de prévention concernant la sexualité par exemple seront mieux acceptés et entendus si la sensibilité du patient voire sa pudeur sont respectées.

Pour aider à la résolution de conflits entre patient-soignant, ou patient-famille ou soignant-famille.

Récemment nous avons organisé une médiation culturelle pour une patiente ne parlant pas du tout le français, accompagnée de son fils maîtrisant parfaitement notre langue. Le médecin, l'assistante sociale, le médiateur et moi-même étions réunis pour essayer de comprendre le conflit familial. *"Tout étranger utilise la langue étrangère comme un pansement, comme une sorte d'onguent, de crème sur les anciennes blessures..."*. La langue seconde ne permet pas d' *"accéder à son for intérieur"* explique Julia Kristeva. Ainsi, le fils, pouvant tout à fait communiquer avec nous en français,

s'est spontanément adressé au médiateur en bambara. De toute évidence, sa langue natale lui permettait d'être au plus près de la situation douloureuse qu'il vivait avec sa mère.

Le médiateur apporte des éclaircissements sur le contexte culturel, sur le sens de tel conflit familial, sur la place des uns et des autres dans telle famille (la place de l'oncle maternel par exemple, le système de filiation). Il aide les soignants souvent déstabilisés par le manque de repères, ou qui interprètent mal telle attitude. Par exemple, l'extension de la dénomination "frère, sœur, cousin, mère" dans l'entourage du patient. Les soignants ne savent plus qui est qui. Des doutes surgissent voire de la suspicion. Les soignants ont l'impression d'être manipulés ou trompés.

Le médiateur ethnoclinicien tient selon la formule de T. Nathan "une sorte de *position du diplomate* entre deux univers antagonistes"

3. LA CONSULTATION D'ETHNOMÉDECINE : UNE PRISE EN CHARGE TRANSCULTURELLE

"La culture permet un codage de l'ensemble de l'expérience vécue par un individu, elle permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc de maîtriser la violence de l'imprévu, et par conséquent du non-sens"

Angoisse de mort, décompensation psychiatrique (idées suicidaires, syndrome anxio-dépressif, état délirant), incompréhension ou déni du diagnostic, détresse psychologique: autant de réactions face à la maladie grave qui peuvent concerner tout patient (occidental ou non), mais qui nécessitent pour certains patients migrants une approche tenant compte du contexte de la migration et des spécificités culturelles.

"Cette maladie, je sais d'où ça vient, mon père m'a donnée en sorcellerie" nous dit cette patiente qui ne prend pas ses médicaments et dont l'état s'aggrave.

"Je suis travaillé, je le sens, c'est les parents de ma femme qui n'ont jamais accepté notre mariage, c'est eux qui font des choses sur

moi..."

Ou bien encore ce patient en phase asymptomatique de l'infection par le VIH-sida qui explique: "Je ne suis pas malade, la preuve le médecin ne me donne pas de traitement !"

Ainsi dans certains cas, le patient en difficulté, en souffrance, peut refuser de se soigner au prix d'une aggravation de son état de santé. De plus, les messages de prévention ne sont pas entendus et les risques de propagation du virus sont accrus.

Cette consultation qui s'inspire de l'ethnopsychiatrie réunit autour du patient (accompagné ou non de membres de sa famille ou de proches) :

- *l'équipe de l'association URACA*: le Dr Mousa Maman, médecin et thérapeute traditionnel qui dirige les entretiens, le médiateur ethnoclinicien, la psychologue,... Pendant 10 ans, cette équipe a été complétée par la présence des tradipraticiens africains, guérisseurs traditionnels du Nord Bénin qui sont venus une fois par an pour une durée de deux mois (cette action originale a pu se mettre en place grâce à des crédits, le Sidaction par exemple, qui n'existent plus aujourd'hui).

- *l'équipe soignante* : le médecin référent, les infirmières, la psychologue, l'interne, les externes, l'assistante sociale, sage-femme, kinésithérapeute... Les soignants ont ainsi accès, en situation clinique, à l'univers culturel du patient.

Le recours aux pratiques traditionnelles est très fréquent en Afrique. Les systèmes traditionnels de soin relèvent d' *"une logique complexe"*, d'*"une rationalité profonde"* (T. Nathan) avec une *"capacité à s'adapter aux nouvelles situations, aux nouvelles maladies"*. Cette démarche ne remet pas en cause la confiance envers notre médecine moderne. La thérapie traditionnelle apporte *"des protections fondamentales"* (T. Nathan).

Très souvent en Afrique, les thérapies traditionnelles se déroulent en groupe, avec la famille

et ceux qui ont une affinité avec le malade. Ici à l'hôpital, les participants sont réunis en cercle autour du patient. Le groupe constitue une enveloppe psychique qui est en soi thérapeutique. Les soignants par leur présence accordent une place à l'identité culturelle du patient, à ses manières de vivre, de se soigner...

Dans les cultures de tradition orale, les événements importants de la vie tels que la naissance, le mariage, la maladie, la mort (avec l'importance des ancêtres) sont pensés différemment. Il existe une réalité invisible, on accorde vie, force et pouvoir au minéral, au végétal à l'animal... Le sang, le lait maternel ont des pouvoirs bénéfiques ou maléfiques.

"Les spécialistes de l'anthropologie pensent que le modèle de l'organisation sociale communautaire, plus fréquent dans les sociétés non industrialisées où le groupe maintient une prégnance importante sur l'individu, favorise une expérience du corps vécu comme global : il n'y a pas de rupture entre l'homme et le cosmos, le corps est perméable. On lui reconnaît une dimension transcendante, et la maladie, qui plus est chronique comme la drépanocytose, peut être intégrée dans une réalité plus large, extérieure au corps de la médecine des hôpitaux".

Lors de ces consultations d'ethnomédecine, les deux systèmes culturels occidental et traditionnel sont reconnus, l'un n'excluant pas l'autre. Le patient peut aborder en toute confiance des préoccupations qui lui sont spécifiques, sans craindre le ridicule. Les deux systèmes de représentations, occidentales et traditionnelles, dans lesquels navigue le migrant peuvent coexister sans s'opposer. Paradoxalement, l'approche traditionnelle donne, dans certains cas, sens et cohérence au discours médical scientifique. Il est difficile de rendre compte d'une consultation d'ethnomédecine (de même qu'il est difficile de parler d'une séance de psychothérapie ou d'analyse bien que ce ne soit pas du même ordre). Il ne s'agit pas d'une con-

sultation traditionnelle, ce n'est ni le lieu, ni le cadre. Nous sommes dans l'entre-deux.

Le nom, la parenté, l'appartenance ethnique, la langue natale sont des éléments systématiquement abordés. Ces références à la filiation, à l'ethnie rappellent implicitement au malade le lien à sa famille et son appartenance à un groupe. Les tradipraticiens se présentent aussi, se nomment, racontent d'où ils viennent. Le dialogue qui s'instaure est bien souvent énigmatique pour l'occidental. Le langage allusif, métaphorique, suggestif qui est utilisé est tout à fait entendu par le patient à la différence des soignants qui sont déconcertés du moins lors des premières consultations. Peu à peu, les soignants vont se familiariser. Par la suite, ils peuvent communiquer différemment avec tel patient et mieux décoder sa manière d'être ou de s'exprimer.

Les représentations ancestrales de la maladie et les étiologies traditionnelles (possession, esprits ou ancêtres mécontents, sorcellerie, transgression de tabous ou non respect de rituels familiaux) ne sont pas systématiquement évoquées et lorsqu'elles le sont c'est toujours de manière implicite. La maladie, comme l'accident, la perte d'un emploi, ou toute autre manifestation de malchance, de malheur est le signe d'un désordre -dont il faut comprendre le sens- et qui concerne non seulement le patient mais aussi sa famille.

Monsieur C., originaire du Mali connaît bien les différents modes de transmission et nous en discutons ensemble et dans ce même entretien, perplexe, il se questionne : "Je ne sais pas d'où ça vient...".

"Chez nous, la maladie qu'elle soit physique ou mentale ne concerne pas uniquement l'individu touché mais aussi sa famille, tout le groupe." (M. Maman, Journée transculturelle "Des guérisseurs à l'hôpital, des soignants au village", 29 septembre 2001, hôpital Tenon, Paris). *"Derrière l'histoire de l'individu se profile toujours le devenir de la communauté toute entière. [] La cause du mal qui rompt l'équilibre*

d'un organisme fait peser une lourde menace sur le corps social."

Bien souvent, à l'issue de ces consultations, le patient va contacter la famille au pays qui elle aussi, va intervenir selon ses coutumes par des prières, rituels ou sacrifices.

La proposition d'une prise en charge transculturelle n'est pertinente que si elle fait sens pour le patient, s'il se reconnaît des liens avec sa culture d'origine. Le patient peut être occidental (études supérieures, vivant en France depuis de nombreuses années, ...) ou d'origine rurale, analphabète, ayant gardé des liens avec son village, il peut être musulman ou chrétien.

Les indications sont variables :

- incompréhension du diagnostic : L'exemple de Monsieur K. : malgré une sérologie positive, il reste persuadé de n'être pas malade. Cependant, il accompagne aux consultations sa femme et leur fille toutes les deux séropositives et sous traitement.

- refus du traitement : les causes sont multiples. Mme T. vient régulièrement à ses consultations, le médecin veut désormais lui prescrire un traitement qu'elle refuse : "Si je dis que je suis séropositive, personne ne voudra se marier avec moi !". Une autre patiente s'inquiète "Je ne veux pas du traitement, si je deviens indétectable alors où sera le virus ?".

- problème d'observance : les causes sont variées: précarité, incompréhension ou refus du diagnostic, problématique personnelle plus profonde.

- souffrance psychique : le patient peut être très observant, ses résultats biologiques sont satisfaisants, "le patient va très bien" selon le médecin, mais persiste en lui une douleur morale difficile parfois à repérer. Il faut savoir décoder le sens du sourire (qui ne signifie pas toujours la joie), l'absence de plainte. Julia Kristeva explique que les étrangers sont exposés aux maladies psychosomatiques "ils sont dans cet espèce de vernis de la langue seconde mais le fond reste douloureux et le fond

éclate sous la forme de la migraine quand ce n'est pas le cancer...".

- pathologie psychiatrique : troubles du comportement (délire, agitation, violence...), syndrome dépressif, risque suicidaire, angoisse de mort, plaintes somatiques sans cause organique (douleurs diffuses, sensation de malaise, le corps parle "*ça chauffe, ça se déplace*").

- fin de vie : angoisse, isolement.

- conflits conjugaux ou familiaux : aggravés ou réactionnels à la pathologie (risque de divorce, tel mari qui n'assume plus ses responsabilités, sexualité devenue difficile, impossible (refus du préservatif par exemple).

- L'annonce du diagnostic : L'annonce d'une maladie grave est toujours une épreuve pour tout malade. C'est un moment-clé dans la prise en charge du patient. Dans le cas de l'infection par le VIH, la formulation peut être une donnée brutale. Tel ce médecin qui annonce à une femme enceinte VIH2 asymptomatique : "*vous avez le SIDA*" ! Véritable violence verbale qui provoque un choc psychique, avec risque suicidaire si ce n'est la fuite et le refus de soin.

Actuellement chez certains soignants, on assiste à une banalisation du diagnostic lié aux possibilités de traitement. Mais c'est oublier le décalage avec le niveau de connaissance du malade et c'est aussi méconnaître les effets sur le patient de la réalité dramatique de la maladie au pays. Certains ont vu des proches mourir du SIDA d'une mort lente, sans soin et dans la solitude. Tous les patients évoquent une forte angoisse "*Deux mois après, il y a encore en moi cette grande peur quand le médecin m'a parlé*". En entendant les propos de l'infirmier : "*Je vous apporte vos médicaments du SIDA*", Mme B. nous raconte comment elle a protesté et réagi vivement : "*Vous ne devez pas dire cela !*" Ainsi dans certains cas, le médecin peut utiliser d'autres formulations : "*le virus de la maladie, la maladie qui passe de l'homme à la femme, la grande maladie*".

Dans les cultures de tradition orale, les mots ont une force, un pouvoir. Prononcer le mot SIDA activerait en quelque sorte le potentiel mortel de cette maladie. Ainsi dans certains cas, le médecin peut utiliser d'autres formules : "*le virus de la maladie, la maladie qui passe de l'homme à la femme, la grande maladie*".

Deux ou trois consultations ont lieu ainsi à l'hôpital pour chaque malade. Les tradipraticiens vont dire ce qu'ils ont "*vu*" et vont donner leurs indications thérapeutiques, le suivi peut se poursuivre après leur retour au village où ils continuent, si c'est nécessaire, à "*travailler*" pour le patient. Les situations sont très variées et les réponses le sont tout autant.

QUELQUES EXTRAITS DE CONSULTATION :

Ce patient ne se sent pas malade, il n'a aucun signe de la maladie, il ne comprend pas pourquoi le médecin insiste pour qu'il prenne un traitement qui, plus est, à vie. On lui rappelle qu'au pays le guérisseur a lui aussi "*son laboratoire*", qu'il "*voit*" et qu'il peut demander de "*faire des choses*" à celui qui vient le consulter pour "*sa protection*" ce, parfois toute la vie. Cette analogie explicite permet de confirmer la validité de l'approche médicale. Ce mode d'expression imagée qui est familière au patient : "*voir dans le sable*", faire des rituels pour "*la protection*" résonne en lui et l'aide à adhérer aux prescriptions médicales. Moi-même j'emploie souvent le terme "*protection*" pour parler du bénéfice de la trithérapie, j'utilise des images qui font sens pour le patient et je comprends mieux celles qu'il utilise lui-même. De même il m'arrive de lui signaler nos expressions spécifiquement françaises ou nos proverbes afin de lui faire connaître aussi notre propre manière d'exprimer certaines choses.

Tel autre patient s'aggrave, il prend mal ses traitements et il vit dans une grande précarité. D'emblée lors du premier entretien psychologique il m'explique que sa sœur au pays a parlé de sorcellerie. Au cours de la consultation d'ethnomédecine, on lui demande de solliciter

sa famille au pays pour savoir ce qui doit être fait auprès de la rivière sacrée qu'il a évoquée. En Afrique, les défunts, les ancêtres doivent être vénérés par des rituels propres à chaque famille, si ce rituel a été abandonné, des conséquences négatives peuvent rejaillir sur un de ses membres même très éloigné. On peut remarquer qu'ici l'hypothèse de la sorcellerie est écartée, c'est une autre étiologie traditionnelle qui est avancée à laquelle le patient adhère : il va contacter en effet son oncle au sujet de la rivière sacrée. Le patient devient actif non seulement pour s'occuper "*des choses*" du pays mais aussi pour faire des démarches ici: sa situation médicale et sociale va considérablement s'améliorer, il trouve par la suite un hébergement puis un travail.

Pour cette autre patiente, un long temps de la séance va être consacré au récit de la découverte de sa maladie, de son bouleversement, de son angoisse concernant l'avenir. Des paroles apaisantes lui sont dites puis on va lui demander d'écrire ses rêves de telle et telle nuit au cours desquelles les guérisseurs "*travailleront pour elle*". Suite au rapport de ses rêves, ils lui prescrivent un traitement : elle devra se laver avec une préparation à base de plantes. Conjointement le suivi psychologique classique se poursuit, elle reprend confiance dans la vie.

À tel autre, il est demandé d'apporter une petite boîte en bois ou encore un tissu blanc et un parfum. À un autre, il est dit d'aller chercher un certain nombre de cailloux le long d'un cours d'eau ici en France. Certaines prescriptions sont plus compliquées : sacrifices, rituels à effectuer au pays, "*objets*" à rapporter. Cela peut prendre plusieurs semaines. Si la prescription est impossible à réaliser par le patient lui-même sur place ou par sa famille en Afrique, les guérisseurs le feront en son nom à leur retour au pays. Dans la médecine traditionnelle, l'unité cosmique c'est-à-dire la parenté homme-nature est constamment présente. L'homme est relié au monde minéral, végétal

ou animal mais aussi à celui des défunts, des esprits et bien-sûr à sa famille, à son groupe.

LE SUIVI DE GROSSESSE DE MME T

Depuis des années, la patiente souffre en plus de l'infection par le VIH de troubles du comportement difficiles à diagnostiquer, elle a un suivi psychiatrique qui ne suffit pas à la soulager. Elle traverse des périodes d'agitation, d'agressivité et même de violence. Dans ses crises, elle peut aller jusqu'à l'automutilation ou la tentative de suicide. À d'autres moments elle est totalement abattue, léthargique. Bien qu'elle connaisse sa maladie liée au VIH, l'observance de sa trithérapie est fonction de son état psychique. Elle a bénéficié à plusieurs reprises de consultations d'ethnomédecine en particulier lors de cette dernière grossesse. Du fait des mauvais résultats biologiques car elle ne prend plus ses antirétroviraux, le risque de contamination mère-enfant est particulièrement élevé. Très déprimée, elle est transférée dans le service de psychiatrie de notre hôpital et le psychiatre accepte qu'à côté des traitements classiques (antidépresseurs, anxiolytiques) elle fasse les soins traditionnels prescrits. Elle a donc une permission pour aller au marché à côté de l'hôpital acheter un œuf blanc. Elle doit ensuite mettre cet œuf dans une grosse boîte d'allumettes, exercice un peu difficile car l'œuf risque de se casser. Le tout est mis dans unealebasse recouverte d'un tissu blanc qu'elle entrepose sous son lit, plus précisément à la tête du lit. En effet, il est important qu'elle dorme avec cettealebasse près de sa tête pendant un certain nombre de nuits. Puis laalebasse avec son contenu (l'œuf dans la boîte) est remise aux guérisseurs, de retour au pays ils vont effectuer "*leur travail à la termitière sacrée*". A son retour en France, le Dr Maman remet un onguent à la patiente, préparation faite à partir de l'œuf et d'autres éléments. Elle doit mettre régulièrement cette pommade autour de son nombril jusqu'à l'accouchement. L'état psychique de la patiente s'améliore, elle

reprend correctement son traitement, l'enfant naît et ne sera pas contaminé par le VIH. Dans les années qui suivront, son état psychologique se dégradera à nouveau : nous n'avons jamais réussi à la stabiliser complètement. N'ayant jamais bien suivi sa trithérapie, elle décède à la suite des complications du sida.

A partir de cet exemple, nous pouvons voir le principe de *non-séparativité*, principe essentiel à l'œuvre dans la médecine traditionnelle africaine. Nous sommes ici dans un système de pensée primordiale, magique qui fonctionne par analogie, nous sommes dans le *non-séparé* à la différence de la pensée scientifique qui individualise. Dans ce cas clinique, on voit comment tout est relié : il y a identité entre la grossesse et l'œuf, passage de l'humain à l'animal et aussi passage d'un continent à l'autre, les guérisseurs *"travaillant"* à distance pour la patiente. Citons à ce propos Pierre Lembeye, psychiatre et psychanalyste : *"... nous pouvons parler de "non-séparativité" de la médecine traditionnelle par rapport à la médecine occidentale qui privilégie le mode séparatif et dont le maître mot est différence tandis que celui des sociétés anhistoriques est identité".* La science, en particulier la médecine, a fait des progrès en isolant, en séparant. Citons aussi Jean Benoist : *"L'opposition cartésienne entre le corps et l'âme a libéré la biologie et donc la médecine des interdits qui sacralisent le corps ... L'esprit, l'âme, tout ce qui était couramment désigné par ces termes s'est prodigieusement éloigné de l'horizon médical.* (Benoist 1993). A l'hôpital c'est bien l'organe malade que l'on soigne mais rarement la personne dans sa globalité et encore moins son groupe familial. Nous pensons, analysons sur le mode séparatif, celui de la coupure et selon Pierre Lembeye : *"La psychanalyse avec l'hypothèse de l'inconscient opère aussi une coupure avec le conscient. Les lapsus, les rêves sont des manifestations de l'inconscient alors que dans la tradition africaine il n'y a pas cette*

séparation ; par exemple, chez les Ashantis au Ghana si un homme rêve qu'il couche avec sa voisine, il est puni et sa voisine aussi." De même la psychiatrie pense aussi les problématiques sur le mode de la coupure, *"le terme schizophrénie provient de "schizo" du grec schizein signifiant fractionnement, fissure, division"* (P. Lembeye). Dans les traitements traditionnels, c'est la question du lien qui est au premier plan. Nous avons l'exemple de ce bébé âgé de huit mois, *"enfant-cordon"* présentant des troubles du comportement et dont le traitement est décrit par Éric de Rosny : *"... le cordon ombilical le retenant aux entrailles de l'autre monde n'aurait pas été coupé ... Il s'agit de lui "crever les yeux", c'est-à-dire de lui rendre invisible le monde des Ancêtres..."* (De Rosny 1996 : 123-133).

La pensée magique qui est à l'œuvre dans les thérapies traditionnelles a-t-elle déserté notre système de pensée occidentale ? Dominique Folscheid professeur de philosophie nous rappelle ceci : *"Notre médecine moderniste est due à l'essor de la rationalité mais on a oublié que dans la Grèce Antique, la rationalité débutante (avec les philosophes) s'accompagnait d'une vie mystique florissante"*. Rappelons le serment d'Hippocrate, premier code de déontologie médicale : *"Je jure par Apollon, médecin, par Esculape, par Hygée et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses..."*. Dans son livre *"La nuit les Yeux ouverts"*, Éric de Rosny cite Pierre Fèvre : *"Ce monde de la guérison et de la sorcellerie a quelque chose d'unheimlich (à la fois "mystérieux" et "inquiétant") et pourtant il éveille des résonances au plus profond de nous-mêmes et l'on ne sait pas lesquelles ..."* (de Rosny 1996 : 17). Nous-mêmes, sans en avoir véritablement conscience, fonctionnons sur le mode du lien, du non-séparé : par exemple René Spitz psychiatre et psychanalyste a décrit en 1946 l'hospitalisme, altération physique grave s'installant chez le très jeune enfant placé en institution et séparé de sa mère, c'est pourquoi aujourd'hui en pédiatrie

on facilite la présence de la mère qui peut dormir au chevet de son enfant ; un autre exemple celui du syndrome de glissement des personnes âgées hospitalisées qui, coupées de leur environnement habituel, se laissent mourir; et dans un autre registre que dire de l'absence de chambre n°13 dans nos hôpitaux, nos hôtels?...

4. FORMATION MUTUELLE, PARTAGE DE SAVOIR

Un échange des savoirs s'est instauré entre les soignants de l'hôpital et l'association :

1. au niveau de l'association : les membres d'URACA sont formés à la pathologie du sida, les médecins apportent leur connaissance médicale avec des mises à jour sur l'évolution de la pathologie, et des traitements. Des réunions à thème sont organisées avec un élargissement à d'autres pathologies (hépatites, drépanocytose).

2. au niveau des soignants : formation en situation clinique, participation au cycle annuel de conférences d'Uraca, voyages d'étude dans le village du Dr Maman au Nord-Bénin effectués par des médecins, psychiatres, psychologues, assistante sociale, infirmières de l'AP-HP (participation à des thérapies traditionnelles dont le culte de danses de possession, expérience d'une certaine "situation migratoire" : village dans la brousse, repères différents, cadre culturel autre, adaptation au climat à la nourriture....). ●

BIBLIOGRAPHIE

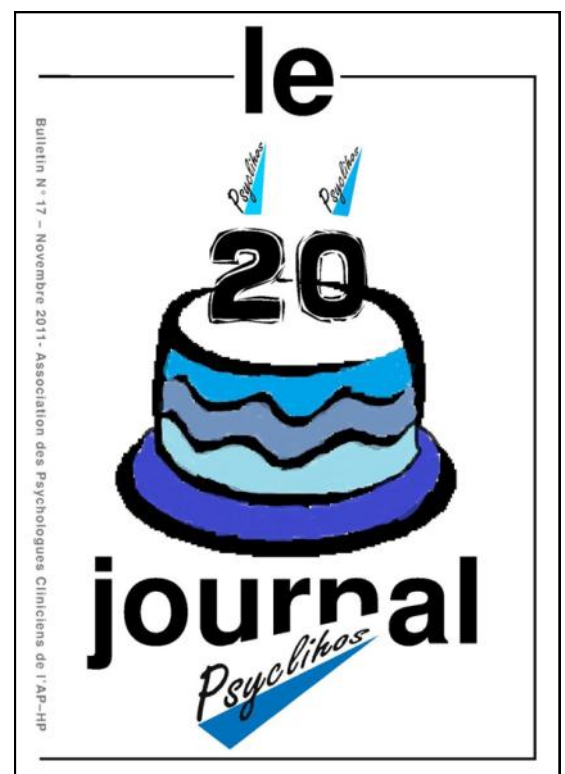
- J. Benoist, *Anthropologie médicale et société créole*, Paris, éditions P.U.F., 1993
- P. Erny, *"L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique noire"*, éd. le livre africain, 1968
- J. Faure, *"Une collaboration entre médecine africaine et médecine moderne dans un hôpital parisien"*, article paru dans "Le pluralisme médical en Afrique", éd. PUCAC Karthala 2010
- B. Hell, *"Possession et Chamanisme Les maîtres du désordre"*, Paris, éditions Champs Flammarion, 1999
- F. Héritier-Augé, *"Ce mal invisible et sournois"*, Paris, éditions Autrement, n°130, 1992
- B. Lolo, *"Sorcellerie et psychanalyse," Point de rencontre* ; Les cahiers du GRAPPAF, n°4, 2003, "Psychanalyse et tradition : le regard et la parole", éd. L'Harmattan.
"Synchrétisme médical en Afrique Subsaharienne", article paru dans "Le pluralisme médical en Afrique", éd. PUCAC Karthala, 2010
- M. Maman, *"Magie blanche et psychanalyse noire. La technique thérapeutique des marabouts africains en France"*, Les Cahiers de l'URACA, "Docteur en brousse, marabout à Paris", n°5, 1996 (téléchargeable www.uraca.org)
"Cultes de possession chez les Dendi", "Soins, transfert et pratiques magiques", Les Cahiers de l'URACA, n°6, décembre 1996 (téléchargeable www.uraca.org)
"Le pacte de l'arbre", "Divorce dans l'invisible", "Naissance, peur et maladie", extraits de consultations d'ethnomédecine, Les Cahiers de l'URACA, n°8, 1997 (téléchargeable www.uraca.org)
"Le lait maternel, nourriture sacrée, pouvoir de vie, pouvoir de mort", Revue "Soin - Pédiatrie-Puériculture", n°22, fév. 2005
"Migration et psychiatrie : expérience pilote de thérapie métisse" article paru dans "Le pluralisme médical en Afrique", éd. PUCAC Karthala, 2010
- M-R Moro, *"Parents en exil, Psychopathologie et migrations"*, éd. P.U.F., 1994.

- T. Nathan, *"L'influence qui guérit"*, éd. O. Jacob, 1994
 - T. Nathan, C. Lewertowski, *"Soigner, Le virus et le fétiche"*, Ed. O. Jacob, 1998
 - C. Pidoux, *"Les rites de possession en pays zerma (Niger)"*, Extrait des C-R sommaires des Séances de l'Institut Français d'Anthropologie- 8^{ème} fascicule- 1954
 - E. de Rosny, *"Les yeux de ma chèvre"*, édition Plon, collection Terre Humaine, 1981
 - "L'Afrique des guérisons"*, éd. Karthala, 1994
 - "La nuit, les yeux ouverts"* éd. Seuil, 1996
 - "Justice et sorcellerie"* Collectif sous la direction d'E. de Rosny, éd. Karthala, 2006
 - "L'Afrique de l'oralité et l'accueil de l'Écriture"*, Paris, Revue *Christus*, n°225, 2010
- Collectif :
- "La notion de personne en Afrique Noire"*, Ed. L'Harmattan, 1973

"Soins et cultures", 2^{èmes} Rencontres Transculturelles de Tenon-Uraca, Les Cahiers de l'URACA, n°12, juin 2005 (téléchargeable sur le site www.uraca.org)

"Pratiques thérapeutiques et cultures : regards croisés", 3^{èmes} Rencontres Transculturelles de Tenon-Uraca 2010, vidéos de la journée en ligne sur www.uraca.org)

Retrouvez
toute l'actualité de Psychihos,
les enregistrements des conférences,
ainsi que le journal
des 20 ans
sur notre site internet
www.psychihos.org



Psychologue en réanimation pédiatrique : témoignage d'une pratique en évolution

Muriel Derome, Hôpital Raymond Poincaré

Le propos de cette présentation sera de témoigner de l'évolution d'une pratique de psychologue au sein d'un pôle de pédiatrie bien spécifique, celui de l'Hôpital Raymond Poincaré de Garches. L'accueil d'enfants en décompensation neuro respiratoire, souffrant de polyhandicap, de maladies chroniques, ou arrivant suite à un événement traumatique brutal (accident, intoxication, insuffisance respiratoire...) rend la présence du psychologue nécessaire.

Avec Jean, en phase terminale, nous réfléchissons au **rôle du psychologue dans l'accompagnement des enfants en fin de vie.**

D'autres cas cliniques, présentés à l'oral, illustreront ensuite les modalités de **la prise en charge post-traumatique d'enfants et de leurs familles.**

Enfin, nous terminerons par exposer la spécificité de notre **travail auprès des soignants.**

ACCOMPAGNER DES ENFANTS GRAVEMENT MALADES OU EN FIN DE VIE

Lors de notre première rencontre, Jean nous dit : *"Je sais que je vais mourir, mais les médecins sont trop lâches pour me le dire et mes parents sont trop tristes pour m'en parler"*.

Nous lui répondons : *"Je ne te connais pas, mais, en tout cas, je trouve que c'est super que tu puisses en parler et que tu ne gardes pas tout ça pour toi."*

Très étonné, il reprend : *"Alors là, c'est bizarre, d'habitude dès que je dis que je vais mourir, tout le monde me dit "Mais arrête ! N'importe quoi ! Ne raconte pas des bêtises." Mais moi, je ne suis pas fou, je sais ce que je dis et pour-*

quoi je le dis, et je veux pouvoir en parler."

La question redoutable est très vite apparue : *"Est-ce que c'est vrai que je vais mourir ?"*. Il faut alors pouvoir répondre : *"Je pense que si tu dis ça, c'est que tu as de bonnes raisons de le penser... Tu es le seul à savoir exactement ce que tu vis. Raconte-moi, qu'est-ce qui te fait dire ça ?"*

Jour après jour, grâce à un travail psychologique, Jean exprime de plus en plus sa souffrance. Se sentant écouté, il entre progressivement dans une autre phase, celle de l'acceptation.

Accompagner un enfant en fin de vie, c'est avant tout rester à son écoute, affronter les questions qui mettent si mal à l'aise (même si, et surtout si, on ne sait pas comment y répondre !). Et c'est aussi accueillir ses interrogations sur sa propre mort pour lutter contre la solitude, la peur, l'angoisse, la colère...

ACCOMPAGNER LES FAMILLES

Avec la mère de Jean, nous découvrons ce qui se joue autour de la porte ! Dès que nous nous présentons, elle nous répond : *"Merci, on n'a besoin de rien ! (Puis sortant de la chambre) ...mais, surtout, vous ne lui dites pas qu'il va mourir, vous ne lui parlerez de rien."* - *"Oh, moi non, mais lui, il en parle beaucoup !"*. Très surprise, la mère accepte alors de venir en parler dans notre bureau... L'accompagnement commence.

En phase terminale, Jean perd toute autonomie motrice et tous ses sens, à l'exception de la vue. Il ne peut plus parler. Sa mère, terrorisée

par la situation, demande aux équipes de *"lui donner quelque chose pour dormir définitivement"*. Nous lui montrons alors qu'une communication subsiste grâce à l'instauration d'un code (lettres sur un tableau) avec des signes de tête et des clignements d'œil. Elle s'aperçoit alors que Jean cherche avant tout à savourer les petits bonheurs de chaque jour. Elle reste ainsi, jusqu'au bout, en lien avec son fils.

Accompagner les parents, c'est accueillir leur épuisement, leurs doutes, leur ambivalence, parfois même leur demande d'euthanasie, et leur redonner une image positive d'eux-mêmes pour leur permettre d'investir l'instant présent et ainsi favoriser un accompagnement de qualité.

ACCOMPAGNER AUSSI LES AUTRES ENFANTS HOSPITALISÉS ET LEURS FAMILLES

Il nous semble important de susciter des occasions d'aborder le sujet de la mort, en laissant les familles libres de saisir ou non ces opportunités.

ACCOMPAGNER LES SOIGNANTS

DANS L'IMMÉDIATÉTÉ DE LA RÉALITÉ CLINIQUE

En décalage, les équipes s'interrogent : *"Doit-on vraiment lui infliger ça jusqu'au bout ? Sa mère a peut-être raison, on devrait peut-être l'endormir pour qu'il ne se sente pas humilié d'être si diminué."* ; *"Moi, je ne supporterais pas..."*. Les soignants sont alors tellement préoccupés par la décision qu'ils pensent devoir prendre qu'ils ne se rendent pas compte que cette mère est en train de vivre l'un des plus grands moments d'amour avec son fils. Le psychologue devient alors le lien entre les différents protagonistes, en rapportant certains des propos de Jean : *"Je suis bien... Comme ce rayon de soleil est beau aujourd'hui..."*. La communication se remet à fonctionner. Leurs regards se posent alors différemment sur lui.

La période de fin de vie d'un patient con-

fronte chaque soignant à ses limites. Chacun perd ses illusions de toute-puissance et se retrouve confronté à sa propre angoisse de mort. Certains, déstabilisés, ne peuvent pas supporter l'idée d'être confronté à la proximité de la mort. Pour surmonter, sans trop de séquelles, la confrontation répétée à la maladie grave et à la mort, il est nécessaire que chacun puisse être attentif à soi-même, à ses propres besoins, pour être dans un juste rapport à l'autre. Il s'agit d'être touché sans être impliqué affectivement, c'est à dire sans tomber dans l'émotivité.

Après chaque décès, le psychologue est là pour inviter ceux qui le désirent à mettre en mots ce qui a été vécu. La parole partagée permet de ne pas fixer des souvenirs culpabilisants ou anxiogènes.

AU LONG COURS : LE TRAVAIL INSTITUTIONNEL

Le soutien des équipes pluridisciplinaires est une part très importante du travail du psychologue en milieu hospitalier. L'écoute et les échanges contribuent à ce que, très lentement, les habitudes et les "mentalités" évoluent. Ces rencontres pourront, selon les situations, avoir lieu de façon formelle ou informelle (le plus souvent dans les couloirs).

Le soutien au long cours des équipes fait partie intégrante du travail institutionnel. Différents outils permettent de l'accompagner au mieux :

LA RÉUNION DE SYNTHÈSE

Dans notre service, la réunion de synthèse hebdomadaire permet de se poser pour réfléchir en équipe pluridisciplinaire à ce que nous vivons. Il est primordial d'aider chaque intervenant à mettre des mots sur les situations rencontrées, surtout quand les points de vue sont divergents. Mais il s'agit d'un travail de longue haleine car, si nous n'y sommes pas vigilants, les discussions restent très médicales et évitent d'aborder l'enfant et sa famille dans

leur globalité. Le psychologue, par sa façon de relever les paradoxes, de poser les questions éthiques ou simplement de faire entendre une autre approche que celle purement somatique, aide les équipes à réfléchir à leur manière d'aborder les familles.

LA SYNTHÈSE DES SYNTHÈSES

Une fois par an, nous prenons le temps de relire les moments forts de l'année, en mettant des mots sur ce qui a réussi ou échoué, ce qui nous a manqué, ce qui nous a marqué, choqué ou qui est resté incompris. Mettre des mots à distance sur des malentendus (en lien avec une famille ou un fonctionnement interne) permet d'avancer en équipe. Nous veillons aussi à reprendre, point par point, les éléments positifs : rappeler les enfants sauvés, les familles qui remercient et valoriser les équipes est essentiel pour maintenir la motivation et l'investissement de chacun.

ET LE PSYCHOLOGUE DANS TOUT ÇA ?

Face à ces enfants gravement malades ou en fin de vie, nous devons apprendre à nous adapter. Il nous faut, par exemple, pour pouvoir accueillir un enfant sans aucune autonomie respiratoire, dans notre bureau, apprendre au minimum les gestes de réanimation à effectuer en attendant qu'un soignant prenne la relève. Alors que nous avons appris à ne pas toucher, il nous faut comprendre ce que le patient nous dit, non plus à travers des mots, mais à travers des maux, à travers son corps : une poignée

de main, un regard, une mimique... nous devons sentir l'expression non verbale de l'angoisse. Déceler si le patient a besoin de silence ou, au contraire, s'il attend nos questions. Enfin, il faut quelquefois, avec une extrême délicatesse et une grande attention, chercher à reformuler ce que le patient nous dit avec des lettres montrées sur un tableau, un hochement de tête ou simplement un regard.

Être psychologue va souvent de pair avec une invitation permanente à se remettre en question. Il s'agit d'accepter de douter plutôt que de chercher des certitudes. Pour s'adapter, à la spécificité de chaque situation, il nous faudra surtout être créatif, et oser inventer ! Dans le cas contraire, notre travail restera sans doute superficiel, car il apparaîtra comme en décalage par rapport aux situations vécues par les patients et les équipes qui les prennent en charge.

Au niveau institutionnel, le travail du psychologue ne porte de fruits qu'à très long terme. Alors, ne nous décourageons pas ! (Le découragement n'est-il pas notre pire ennemi ?) Veillons à prendre soin de nous, soyons attentifs à nos propres besoins ! Ne nous barricadons pas devant la détresse, mais au contraire apprenons à ralentir et à ressentir ce qui est touché en nous... Comme l'équilibriste sur la corde, nous devons essayer d'avancer en souplesse, pour ne tomber ni dans l'indifférence ni dans la fusion avec les situations dramatiques rencontrées. ●

Séjour de vacances : quelle place pour le psychologue ?

Céline Le Bivic, Gériatrie, Hôpital Émile Roux

Mesure 1 du plan Alzheimer 2008-2012 : développement et diversification des structures de répit.

"Parce qu'ils sont contraints de veiller constamment sur les malades, les aidants sont soumis à une pression permanente. Il existe des structures qui leur permettent de "souffler" en offrant par ailleurs une prestation thérapeutique aux malades pendant une ou plusieurs demi-journées.

Afin d'élargir les missions des accueils de jour qui ne s'adressent qu'aux personnes malades, ont été développées les plates-formes d'accompagnement et de répit. Il s'agit d'offrir aux aidants et aux couples des activités de soutien, de répit à domicile ou en couple et de développement de la vie sociale

Il existe des actions de répit à domicile, de garde à domicile de nuit, d'activités sociales/culturelles pour le couple malade/aidant et de séjours vacances"

Jacqueline à la fin d'un séjour vacances m'a confié deux feuilles de cahier manuscrites: "J'ai écrit ça. Vous le lirez si vous voulez".

"Je me lève à 7h. Prise des médicaments de Guy. Je déjeune, moment tranquille, je fais ma toilette. Je vais ouvrir les volets chez maman. Il est 8h30. Je prépare les médicaments et le petit déjeuner de Guy. Quelques fois je le fais manger, si je peux. Je fais les lits, je commence à préparer le déjeuner. Passage du SSIAD. Pendant ce temps je prépare une lessive, pratiquement une tous les jours. Après le passage du SSIAD, souvent il a besoin d'aller

aux toilettes, le déculotter, nettoyer les WC, le reculotter, ranger la salle de bain et finir ce qui a été commencé (je ne peux rien faire en suivant). Souvent fais de l'administratif, préparer le courrier, aller à la poste et au pain. Il vient avec moi, il faut l'aider à monter dans la voiture et souvent l'aider à descendre. Il est 11h, il faut étendre le linge, l'aider à faire sa gym, préparer et porter le plateau à maman. Midi. L'heure de préparer et donner les médicaments. Mettre le couvert, couper les aliments, l'aider. Pour lui il faut bien 90 min de pose pour déjeuner. Après : desservir, le préparer pour la sieste, le déculotter et reculotter, l'aider à se coucher, finir de ranger la cuisine, lever et plier le linge. Il est environ 14h. Petite pause. 15h-15h30 : la sieste est finie. Sortie dans le jardin toujours accompagné. L'aider à s'habiller, à se déshabiller. 16h : prise des médicaments et goûter. Quelquefois, passages à la sortie de l'école des petits enfants et leur papa. Aux beaux jours, travail à l'extérieur (plus de 2000m²) La tonte du gazon est faite par mon garçon et j'ai à peu près 40h par an par la caisse de retraite complémentaire. J'ai une aide-ménagère : 3 h le mardi matin et 1 h le mercredi matin. J'en profite pour aller faire les courses ou aller chez le docteur, le dentiste ou le coiffeur ou autre chose. Et 3h le jeudi après-midi. Là c'est mon repos hebdomadaire et pas toujours. Je vais à l'aquagym avec 2 amies, mais juste en période scolaire. On est loin des 2 jours de congés par semaine mais j'en demande pas tant. Vers 17h -17h30 petite promenade dans le jardin après préparation du dîner. 19h prise des médica-

ments. Le dîner pour lui, il faut compter 90 min. Ensuite desservir. Vers 20h30, je vais déshabiller maman. Pour l'instant elle se couche sans aide mais au début du printemps, j'allais la coucher vers 22h. Entre-temps je déshabille Guy, passage aux toilettes, prise des médicaments et après le coucher.

Il est 22h. Je respire un peu. Je fais un brin de toilette. Je prends mon somnifère et je me couche. Je m'endors ou je ne m'endors pas. Là on peut pleurer. Personne ne le voit. Dans la nuit, je me lève une ou deux fois quand il a besoin de faire son pipi.

Et cela 365 jours par an. Et je ne me plains pas. Il y a pire. Il y a aussi mieux"

Jacqueline est comme 3,5 millions de français. Elle fait partie des personnes que l'on nomme "aidant familial" d'un proche. Il s'agit de son mari. Cela fait 12 ans qu'il est malade. Le quotidien de Jacqueline est rythmé autour de son époux et de sa pathologie évolutive.

En gérontologie, le mot aidant est utilisé voire parfois revendiqué. Un aidant mais qu'est-ce que c'est ? : Selon l'assurance maladie: "c'est celui qui apporte seul ou en complément de l'intervention des professionnels l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie de la personne âgée ou destinée à prévenir une perte d'autonomie et qui n'est pas salarié pour cette aide".

Depuis une quinzaine d'années, le vécu des aidants familiaux fait l'objet de recherches. On sait aujourd'hui que 800 000 personnes sont recensées comme étant en état de dépendance en France, c'est-à-dire qu'elles ne peuvent pas effectuer de manière autonome les actes de la vie courante. Et que cela est fortement corrélé à l'avancée en âge : la personne aidée a 76 ans en moyenne.

Si le lien familial prédomine, l'aidant peut aussi être un ami ou un voisin. Il s'agit le plus souvent d'une femme, âgée de plus de 50 ans.

Bien que deux tiers des aidants s'occupent quotidiennement de la personne aidée, 60% d'entre eux continuent à avoir une activité salariée.

L'aide à un proche dure en moyenne 7 ans.

Dans la relation d'aide, plusieurs problématiques sont en jeu: le deuil du parent/ conjoint tel qu'il était auparavant, le renversement des rôles de l'ordre des générations, la crainte face à son propre vieillissement, les difficultés de communication avec le proche, malade, la crainte de la perte du lien.

La relation d'aide a ses apports : la majorité des aidants disent se sentir utile et trouver du plaisir dans cette relation. Mais elle a aussi ses limites et ses risques. On sait aujourd'hui que la mortalité des aidants augmenterait de 63%, que le risque de dépression est multiplié par 3. Dans cette aide au quotidien, le rythme, la répétition, l'évolution de la maladie peuvent amener à des sentiments d'isolement, de surmenage et d'épuisement.

Si plus de 60% des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées vivent à leur domicile, c'est grâce à un aidant familial qui toute la journée est dans le faire. L'aidant familial contrairement à l'aidant professionnel n'est pas formé à cet accompagnement, il base sa relation à partir d'un lien affectif avec la personne qu'il aide. Il peut être rémunéré s'il a l'âge de travailler et qu'il n'est pas son conjoint. Il n'a pas d'heures fixes.

On peut donc comprendre le besoin parfois de se poser un peu.

Plutôt que le mot "vacances" est apparu récemment le mot "répit".

Des séjours de répit pour les aidants.

Une expression forte qui vient nommer la souffrance du proche dans la relation d'aide.

À croire que la personne dite "aidée" n'a, elle, pas besoin de temps de pause et que son quotidien lui suffit parfaitement. La femme de Pierre me dira : " mon médecin et son neuro-

logue m'avaient déconseillé de l'emmener ici". En France les vacances sont un droit : pour les salariés....

Mais au fait à quoi ça sert des vacances? Eh bien avant tout à couper avec le quotidien. André Comte-Sponville évoque les vacances comme "un moment de liberté".

"S'accorder une pause" c'est ainsi que nous avons nommé le séjour de vacances que je vais vous présenter.

Le séjour est proposé par une caisse de retraite complémentaire qui contacte ses adhérents. Le point commun est qu'il existe entre un adhérent et un de ses proches une relation d'aide au quotidien. Le projet a été construit et pensé avec une association qui intervient dans l'accompagnement de l'avancée en Âge.

Le groupe est composé en moyenne de 7 couples : la moyenne d'âge des aidants est de 74 ans et celle des aidés de 80 ans.

Les participants viennent de la France entière. Ils ne se connaissent pas. Nous ne les connaissons pas.

La majorité des aidés présentent des problèmes cognitifs ou des difficultés motrices.

Le lieu est une structure de vacances (type résidence hôtelière) adaptée aux personnes handicapées.

Le séjour a été pensé avec la présence de deux personnes, dite en "fil rouge de la semaine": la coordonnatrice de l'association créatrice du projet et la psychologue. Partager le quotidien, du petit déjeuner au dîner, de l'accueil jusqu'au départ.

D'autres intervenants (intervenant en Tai-Chi Chuan, une socio-esthéticienne, intervenant en chant et expression corporelle, activité autour de la terre) rejoignent le groupe en décalé afin de conserver une alternance des pratiques mais aussi une présence renforcée en milieu de semaine, moment où nous pouvons commencer à séparer les duos.

L'aspect médicalisé parfois nécessaire est relayé par des infirmières libérales qui interviennent sur le lieu de vacances.

Le planning de la semaine est proposé avec des activités ensemble, séparées, en groupe, individuelles, toujours dans la proposition et non dans la contrainte. Le rythme des journées s'adapte tous les jours.

Les objectifs de la semaine :

Permettre à chacun aidant comme aidé, de s'accorder véritablement une "pause" en profitant pleinement du site et d'un accompagnement qui facilite leur quotidien pendant la semaine (absence de tâches ménagères, repas servis au restaurant, possibilité d'accompagnement de la personne aidée pour quelques heures, proposition d'animations, proposition de temps d'échanges et de paroles)

Favoriser l'acquisition et le partage d'outils mêlant expériences et connaissances que les personnes pourront réutiliser une fois de retour au domicile.

Nous ne nommons pas les personnes par leur fonction "aidant ou aidé" mais par leur prénom. Chaque duo est composé d'une personne ayant un badge vert et l'autre saumon. Ainsi certaines activités sont proposées à tous et d'autres à chaque groupe de couleur différente.

L'analyse des questionnaires de satisfaction ou du bilan oral nous confortent encore dans l'idée que ces objectifs répondent bien à ceux des personnes et sont atteignables dans le cadre de ces séjours.

C'est l'occasion de partager une semaine de vacances tout à fait différente du quotidien et des repères de chacun. Le groupe se crée dès les premières heures de rencontre à l'arrivée. Tout au long de la semaine, chacun évolue dans sa propre problématique :

Les "aidants" découvrant d'autres pairs, échangeant avec d'autres, prenant distance vis à vis

de leur vécu et découvrant le comportement de leur proche avec d'autres personnes professionnels ou non.

Les "aidés" qui se sont saisis des possibilités offertes de faire autrement, découvrir d'autres, vivre des moments de plaisir malgré le handicap ou la maladie. Échanger avec d'autres qui vivent des situations similaires.

L'évolution du groupe dans lequel une confiance mutuelle s'installe et permet des interactions et des échanges très riches humainement. Chacun a pu recevoir et apporter à l'autre qu'il soit "aidé" ou "aidant".

Durant tout le séjour, tout le monde peut se poser, découvrir l'autre, se découvrir dans des moments partagés, individuels ou collectifs. Proposer plein d'univers différents, des compétences différentes (prof de tai-chi : le corps pensé, le chant: le savoir de l'émotion, la socio-esthéticienne: le mieux avec soi-même)...

Et le psychologue dans tout ça?

Dans ce type de vacances, j'interviens en binôme avec la responsable du séjour du début du séjour jusqu'au départ des participants.

Je me présente en tant que psychologue. Pour la plupart c'est la première fois qu'ils rencontrent quelqu'un de cette profession. "Vous allez m'analyser?" me demande Jacques au début du séjour? "Finalement vous êtes sympas les psys... Vous croyez qu'il en y en près de chez moi?" me demandera-t-il en fin de séjour.

Je suis tout le temps avec eux, du soir au matin. Pas très académique comme cadre de travail et pourtant, comme souvent, la clinique vient nous proposer de penser autrement.

Le rôle essentiel du psychologue est que du début à la fin du séjour il propose ce que je nomme "des bras psychiques". Les 4 bras : les bras du cadre formel et les bras psychiques. Fil rouge tout le long du séjour. C'est par ce cadre-là que chacun va pouvoir se détendre, libérer la parole. Lâcher le faire du quotidien pour

tendre vers le vivre, le ressentir et le partager durant le séjour.

Pour le psychologue, partager le quotidien (du petit déjeuner, au dîner) c'est ne pas être tout le temps dans la distance mais être dans la juste distance. Alternier des moments formels : proposition de groupes de parole durant le séjour pour les personnes en situations d'aider et celles qui reçoivent de l'aide) et de temps informels. C'est être disponible. C'est garantir l'existence du maintien de la vie psychique et reconnaître la personne en tant que sujet pensant, ressentant, désirant.

Tisser des liens. Lâcher le bras de son malade, changer de bras. Faire confiance à l'autre et découvrir ainsi que l'on peut soutenir l'autre dans ce qu'il est capable de donner. Faire confiance est possible si le cadre est suffisamment contenant pour se l'autoriser.

Décloisonner les rôles et les fonctions de chacun. Les cloisons tombent. Le fil qui nous tient et nous unit dans le lien à l'autre reste. Prendre soin de soi,

Exemple du massage des mains avec la socio-esthéticienne. En groupe de parole émerge alors que les mains ne servent pas qu'à se tenir ou tenir l'autre, les mains se croisent dans le relationnel et la communication. Ne plus être dans le soigner la maladie, mais dans le prendre soin de ce qui nous lie à l'autre.

Accompagner l'aidant à cheminer vers le "si moi je vais mieux, alors lui ira peut être mieux" au lieu de "si il va bien, je vais bien".

Durant le séjour, je prends des notes tous les soirs sur chaque participant. Notes d'impression, de ressenti et de questions qui me permettent de comprendre l'évolution psychodynamique de chacun et de chaque duo.

Deux fois en moyenne durant le séjour, j'appelle une collègue afin de pouvoir parler, penser et élaborer le vécu partagé.

Je propose un moment de réflexion sur la rela-

tion d'aide avec les aidants. Je propose un temps de parole et d'échange sur le vécu de l'aidé.

Lors du bilan, le rôle de la psychologue est toujours valorisé. Non confondu avec les temps d'animation, c'est un espace d'échange de soi et de l'intime qui est possible parce qu'un lien de confiance dans le quotidien s'est créé. Nous partageons nos savoirs : ceux de ma connaissance avec ceux de leur expérience. *"J'ai découvert ce que c'est une psy... Ce n'est pas si grave ça s'avère même plutôt utile!!"*

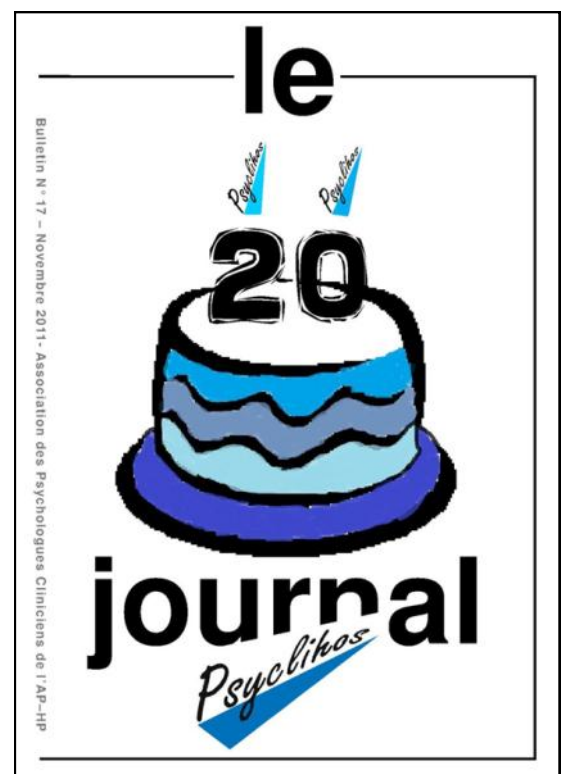
Ces séjours sont l'occasion aussi, pour les professionnels intervenants, d'enrichir leurs connaissances et leurs pratiques vis-à-vis de ce qu'est la relation aidant-aidé en partageant leur quotidien pendant quelques jours.

Comprendre le lien aidant/aidé dans ce qui se joue au quotidien, au plus intime, au plus profond.

Le séjour ne dure qu'une semaine. Cette semaine est en dehors du quotidien de chacun. Elle montre que de vivre, échanger, rire, partager du plaisir avec d'autres est possible et essentiel. Elle permet ainsi aux couples ou duos de se ressourcer et de repérer les plaisirs qui fondent et nourrissent leur relation partagée.

Merci de votre attention. ●

Retrouvez
toute l'actualité de Psychihos,
les enregistrements des conférences,
ainsi que le journal
des 20 ans
sur notre site internet
www.psychihos.org





Psychologue à l'hôpital :
une espèce à protéger ?

Cliniques particulières, Pratiques innovantes

Modérateur : Martine Shindo, Hôpital Saint Louis

> L'accompagnement psychologique par téléphone dans les maladies de Creutzfeldt-Jakob
Marie-Lise Babonneau, Hôpital Pitié Salpêtrière

Page 69

> Parents face à l'interruption médicale de grossesse : des mots en images
Natascia Serbandini, Hôpital Jean Verdier

Page 78

> Psychologue clinicien auprès du personnel : missions, enjeux, limites
Isabelle Fretigny, Hôpital Saint Louis
Elodie Travers, Hôpital Henri Mondor

Page 82

L'accompagnement psychologique par téléphone dans les maladies de Creutzfeldt-Jakob

Marie-Lise Babonneau, Hôpital Pitié Salpêtrière

La Cellule Nationale de Référence des Maladies de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) a été créée en 2001 par le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. A la disposition du grand public et des professionnels de terrain, elle a pour mission l'aide au diagnostic et à la prise en charge médicale, sociale et psychologique des patients et de leur famille.

La Cellule est nichée au cœur de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, dans l'une des trois loges autrefois destinées aux aliénés. Elle a la particularité de ne pas accueillir *physiquement* le public auquel elle s'adresse : l'aide qu'elle propose s'effectue essentiellement par téléphone.

En juin 2003, j'intègre pour un tiers-temps de psychologue l'équipe déjà composée d'un médecin coordinateur, d'un médecin attaché, d'une assistante sociale, d'une assistante de recherche clinique et d'une secrétaire.

A cette époque, je trébuche à l'envi sur l'imprononçable "Creutzfeldt-Jakob" et examine d'un oeil dubitatif ma fiche de poste : comment assurer un soutien psychologique *exclusivement téléphonique* ? Était-ce réalisable, efficace, admissible ?

PRÉAMBULE

Les Maladies de Creutzfeldt-Jakob sont connues de longue date : les premiers cas ont été décrits par Creutzfeldt et Jakob dans les années 1920. Ce sont des maladies neurodégénératives rares (qui se traduisent par une démence et une grabatisation) : 1,5 cas par million d'habitants et par an dans tous les pays où

existe une surveillance épidémiologique. En France, elles concernent une centaine de cas par an.

Principalement connues du grand public sous le nom de "maladie de la vache folle", il existe pourtant *trois formes différentes* de MCJ avec, pour chacune d'elles, ses spécificités. On les classe en fonction de leur mode de *transmission* : la forme sporadique (aléatoire), les formes héréditaires (MCJ génétiques, syndrome de Gertsman-Straussler-Scheinker, Insomnie Fatale Familiale) et les formes acquises (formes iatrogènes des hormones de croissance, variante de la MCJ).

Le poste de psychologue avait été créé pour se consacrer principalement au travail d'écoute des personnes "à risque" de développer une MCJ suite à un traitement par hormones de croissance contaminées. Puis il s'est étendu à l'écoute de toute personne concernée directement ou non par une MCJ, quelle qu'en soit la forme.

DE L'ENTRETIEN PONCTUEL AU SUIVI

La nature *téléphonique* des entretiens psychologiques est le fait d'une indépassable réalité : la dimension *nationale* du champ d'intervention de la Cellule exclut l'éventualité d'entretiens en face à face. Mais si en 2011 les suivis psychologiques par téléphone se développent à grands pas, en 2003, rien n'était moins évident que cette forme d'accompagnement là.

À cette époque, d'ailleurs, la prise en charge psychologique au sein de la Cellule se limitait à la proposition d'un entretien téléphonique pour

"faire le point", à des personnes qui avaient appelé pour une toute autre demande, principalement d'ordre médical ou social. À l'occasion de ces demandes, certains appelants manifestaient des signes de souffrance liée à leur situation : peur de la maladie, du risque de la développer, anxiété suite à l'annonce de la maladie d'un proche, imminence de son décès, etc. Les membres de l'équipe les informaient alors de la possibilité d'être contacté par la psychologue de la Cellule pour "*parler des difficultés qu'ils traversaient*" en ces moments critiques.

Ces entretiens téléphoniques ponctuels (de 45 minutes) étaient destinés à contenir les angoisses et la détresse des appelants. Puis, au besoin, j'organisais un suivi psychologique de proximité (psychologues ou psychiatres libéraux, Centres Médico-Psychologiques (C.M.P.).

Ainsi, la procédure *entretien ponctuel - réorientation* nous semblait répondre au besoin ponctuel d'étayage des appelants et correspondre aux exigences de fonctionnement en plateforme nationale de la Cellule. Circonscrite, planifiée et probablement économique sur le plan psychique, cette procédure nous rassurait-elle aussi ? Quand bien même, elle a plié sous le poids de la réalité et a considérablement évolué depuis 2003.

En effet, alors que le nombre annuel de malades concernés par les MCJ demeure stable, le volume annuel d'entretiens psychologiques, lui, est passé de 40 à 260 en huit ans. Ainsi, 110 personnes ont été *suivies* ou ont bénéficié de *séquences de soutien* de plus de 3 entretiens téléphoniques. Cela représente 84 % des personnes ayant eu un premier contact avec le psychologue. Et tandis que la procédure prévoyait un ou deux entretiens, la durée des suivis est en moyenne de neuf mois (de trois semaines à trois ans) d'une rythmicité allant d'un entretien hebdomadaire à un entretien mensuel, en fonction des besoins. Comment expliquer cette évolution ?

Faut-il incriminer les traditionnels obstacles relatifs à la prise en charge psychologique de proximité : rareté des psychologues dans certaines régions, surcoût financier d'une thérapie, C.M.P. engorgés... ? Peut-être, mais ils ne suffisent pas à expliquer l'augmentation remarquable du nombre d'entretiens psychologiques ni l'allongement de la durée des suivis.

Aujourd'hui, nous pouvons avancer d'autres arguments pour expliquer cette évolution : ce sont les particularités de la maladie tout autant que celles liées à la téléphonie qui ont engendré ce dispositif innovant de prise en charge psychologique.

LE CADRE

Un constat : les orientations, pourtant "travaillées" (contact téléphonique avec le psychologue de proximité / informations détaillées sur les spécificités de la maladie et leur impact sur l'entourage) n'ont qu'exceptionnellement abouti : les patients demandaient à reprendre contact avec la psychologue de la Cellule. Partant de ce constat, le dispositif d'aide psychologique proposé par le psychologue aux personnes qui appelaient a rapidement évolué.

Les quelques hypothèses concernant la difficulté du recours à la *proximité* seront abordées tout au long de cet article.

À l'heure actuelle, quelle que soit la forme de MCJ, l'appelant contacte la Cellule pour une demande d'aide principalement d'ordre médical. Les deux médecins n'étant pas présents à la Cellule en permanence, c'est la secrétaire qui recueille les attentes. Elle présente le fonctionnement global de la Cellule et évoque systématiquement la possibilité d'être contacté par la psychologue. Lorsqu'elle ressent particulièrement intensément la détresse de l'appelant, elle insiste sur l'importance d'un entretien avec la psychologue "*qui connaît très bien la maladie*"; un argument de poids pour les personnes désespérées qui hésitent pourtant à demander de l'aide.

Rares sont ceux qui demandent spontanément un entretien psychologique. Mais rares sont ceux qui le refusent lorsqu'il leur est proposé.

Cette *invitation* à être entendu, loin de court-circuiter la délicate question de *la demande thérapeutique*, nous semble plutôt lui permettre d'advenir. À ce titre, nul doute que le développement du nombre de suivis psychologiques réalisés à la Cellule est en rapport direct avec les qualités d'accueil et l'acuité intuitive de sa secrétaire.

Ainsi, cette dernière prend note des disponibilités horaires de l'appelant et, après avoir recueilli l'accord préalable de ce dernier, me les transmet au plus vite. Mon premier appel, au cours duquel nous évoquons la situation "de crise", a souvent lieu dans les 48 heures. Cette réactivité de prise de contact est un élément déterminant dans l'établissement d'un lien de confiance, la première pierre d'un espace contenant.

Nous ne réalisons pas ou peu d'entretiens en *urgence* : la Cellule ne s'apparente pas à une permanence d'écoute "24h/24". D'ailleurs *"la simple date de rendez-vous sur mon agenda a suffi à me calmer (...) J'étais complètement bloquée, paniquée et je me suis remise à penser et à gérer le quotidien que je ne gérais plus"*.

Ce premier entretien a une tonalité toute particulière. À l'inverse, peut-être, d'un premier rendez-vous en face à face, l'entretien téléphonique semble provoquer un relâchement des mécanismes de défenses et l'émergence des processus primaires : affolement, pleurs, pensées parfois désorganisées, "coq à l'âne". L'appelant se *"déverse"*, *"déballé tout en vrac"*. Un relâchement induit d'abord par l'absence d'informations visuelles, cette sorte de vécu d'anonymat qui autorise la levée de la censure : *"Vous ne me voyez pas, alors je peux tout dire sans conséquences"*. Pourtant, nom, prénom, situation familiale et localisation géo-

graphique pourraient objectivement freiner le vécu d'anonymat. Il n'en est rien. Ce premier entretien – et les quelques suivants - soulignent ainsi la primauté du *voir* sur le *savoir* de l'autre.

Un relâchement doublement favorisé par le fait que l'appelant demeure dans un espace qui lui est propre, familier, choisi : *"Je suis dans ma chambre, j'ai fermé la porte"*, *"Je me suis installée dans ma voiture pour notre rendez-vous, ici, je suis tranquille et en sécurité"*.

Notons que le psychologue n'échappe pas à cet effet de relâchement, calfeutré qu'il est dans *son* espace, soustrait au poids du regard de l'autre. Un relâchement du corps qui favorise le *flottement* nécessaire à son travail d'écoute des processus inconscients à l'œuvre chez l'appelant.

Dans la très grande majorité des cas, le premier appel donne lieu à un second *rendez-vous* téléphonique dont nous convenons ensemble des termes (date et heure). Le choix de la durée des entretiens (toujours de 45 minutes) découle certainement de notre pratique de l'entretien en face-à-face mais il s'est avéré tout à fait pertinent dans la pratique de l'entretien téléphonique puisque trois quarts d'heure laissent le temps à la personne d'élaborer ses ressentis. Cette durée n'est pas d'emblée annoncée, mais plutôt suggérée : *"Nous allons en rester là pour aujourd'hui parce qu'il est l'heure... nous nous retrouvons donc le... à..."* conclut systématiquement nos entretiens.

C'est fréquemment au décours du troisième entretien que les questions se posent sur la poursuite et les modalités de la prise en charge : *"Vous consultez où ?"*, *"Je vous dois combien ?"*, *"J'ai droit à combien d'entretiens ?"*. À ces questions, la prise en charge exclusivement téléphonique (aucun déplacement), la gratuité (la Cellule prend en charge tous les entretiens) et la possibilité d'être suivi tant que le besoin s'en fait sentir, s'apparente à

un apaisant *holding* winicottien : *"Dans ma situation, c'est incroyable d'avoir le droit de se laisser porter..."*

Les particularités du dispositif de suivi téléphonique semblent ainsi répondre aux exigences de la réalité des appelants. La première d'entre-elles : l'absence de déplacement et la grande souplesse d'organisation qui en découle, allège considérablement leur quotidien, phagocyté par la maladie : *"Une thérapie en cabinet aurait été inconciliable avec notre réalité..."*, tout autant qu'infiltré de sentiments de culpabilité : *"Comment prendre le temps de me plaindre alors qu'elle est en train de mourir... ? Je sais que c'est important de parler mais je n'aurais pas pris le temps de consulter pour moi tandis que ce temps est si précieux... je veux le passer auprès d'elle... ça me soigne de ne pas perdre une minute"*. Ainsi, pourtant installés chez eux, ils peuvent *s'absenter* sans culpabilité excessive : *"Je ne suis pas loin de lui mais je suis en consultation juste pour moi... Je suis seule avec lui"*.

La seconde particularité du suivi psychologique par téléphone, comparé à un dispositif thérapeutique classique, réside dans le fait que c'est le psychologue qui appelle systématiquement le patient. Au moment où l'étayage social, familial et parfois professionnel se fissure et où la difficulté "d'appeler à l'aide" se fait sentir, cette démarche "inversée" n'est pas dénuée d'effet thérapeutique : *"C'est toujours nous qui demandons partout de l'aide... et là, quel repos que ce soit vous qui veniez jusqu'à moi... Je n'aurais pas eu la force de faire une démarche de plus... ça m'aide à continuer..."*.

Enfin, ajoutons que dans ce temps extraordinaire où tout leur coûte, où *"c'est nous qui donnons tout de nous, tout notre temps, toute notre énergie..."*, la gratuité de la prise en charge est un élément important pour les personnes qui appellent. Cette gratuité de soins, représentative des modalités de prises en charge psychologiques à l'hôpital, contribue à

restaurer leur sentiment d'être considérées et reconnues dans leur souffrance : *"On s'occupe aussi de moi"*.

Néanmoins, certains appelants, qui avaient envisagé de consulter en libéral, ainsi prêts à demander de l'aide, se déplacer et payer leur séance, s'étaient vus confrontés à un autre obstacle somme-toute infranchissable : le caractère indicible du vécu des MCJ. *"Comment parler à quelqu'un qui n'a jamais vu cette maladie monstrueuse ? (...) Il faut la voir pour savoir... Ici (à la Cellule), je suis en sécurité, vous savez de quoi je parle sans que j'en parle vraiment (...) vous avez les mêmes images que moi dans la tête"*. Pour ces appelants qui cherchent une *communauté d'expérience*, le psychologue se doit d'être un sujet dont le savoir n'est pas que *supposé*.

SUIVI POUR QUI ? SUIVI POUR QUOI ?

Nous distinguons trois catégories d'appelants : les personnes malades, c'est à dire symptomatiques, leur entourage (conjoint, enfants, parents, frères et sœurs) et les personnes "à risque" de développer la maladie (d'origine génétique ou iatrogène). Les appels des professionnels (assez rares) ne seront pas traités dans cet article.

En huit ans, seulement trois personnes malades ont été en contact avec le psychologue par téléphone et n'ont bénéficié que de deux entretiens en moyenne. En effet, dans la majorité des cas, la maladie est suspectée tardivement, après une longue période d'errance médicale. Si bien que le patient, déjà très symptomatique, est rarement en capacité de parler suffisamment distinctement (dysarthrie) pour bénéficier d'un entretien téléphonique. D'autant que les troubles neuropsychologiques et psychiatriques, associés à une fréquente anosognosie et une évolution précipitée de la maladie rendent complexes la mise en place d'un suivi.

Monsieur K prend contact avec la Cellule, ef-

frayé par la dégradation de son état : il tremble, tombe et perd la mémoire. Il craint d'être atteint de la maladie de Creutzfeldt-Jakob dont il se sait à risque suite à un traitement par hormones de croissance contaminées : *"Je n'ose pas en parler, on va me regarder bizarrement et s'inquiéter peut-être pour rien"*. Mais l'entretien est difficile à mener au regard des troubles cognitifs et dysarthriques de Monsieur K. Nous convenons néanmoins d'un rendez-vous téléphonique la semaine suivante. Le jour-dit, je l'appelle à son domicile. Il ne se souvient ni de moi, ni de la raison de mon appel. Il comprend à peine les mots que je prononce. Il raccroche.

C'est donc principalement à l'entourage du malade que s'adresse le soutien psychologique par téléphone ; un entourage démuné devant cette maladie *"que personne ne connaît", "qui effraie tout le monde"* et qui laisse chacun en proie à un profond sentiment d'isolement. Fréquemment rencontré au décours d'autres pathologies neurodégénératives, le sentiment d'isolement semble pourtant exacerbé par les spécificités de cette maladie méconnue, que les médias ont tôt fait d'assimiler à une forme de peste : contagieuse, foudroyante, *"monstrueuse"*. Des qualificatifs qui s'illustrent parfois crûment dans la réalité par un comportement exagérément évitant du corps médical : *"Ils portent des masques, des gants et entrent prudemment dans la chambre !"*. Que dire encore de l'amalgame de toutes les formes de MCJ avec la plus médiatisée d'entre-elles - "la vache folle" - si ce n'est qu'il en ajoute au sentiment d'étrangeté qu'elles provoquent déjà : *"Ce n'est pas un animal, c'est un être humain !"*. Mais ce n'est pas tant la maladie qui est contagieuse que *l'identification menaçante* qu'elle propose : l'identification à l'Être animal, archaïque et à l'Être dément *"qui n'est plus lui-même"*, à la fois "possédé" et dépossédé de son humanité. Les MCJ, quelle qu'en soit la forme, figureraient-elles la *barbarie* au sens étranger et sauvage du terme ?

Les familles sont comme prises au piège de ces représentations collectives, dont la violence *inouïe* (jamais entendue), semblent les expulser aux confins de la communauté humaine : *"Quand on a dit ce qu'il avait, tout le monde a disparu... On a eu beau expliquer qu'il n'y avait pas de risque de transmission, les gens sont terrifiés et prennent leur distance. Il n'y a plus personne à qui parler"*. Mais cette expulsion n'est pas toujours le fait du monde extérieur. L'entourage peut se retirer spontanément du monde pour se soustraire au regard que ce dernier pourrait porter sur lui : *"Je ne voulais pas qu'on nous regarde comme des bêtes... alors j'ai disparu de la circulation"*.

Dans ce contexte de *mise en quarantaine*, dictée ou spontanée, la seule idée de l'existence de la Cellule fait fonction de terre d'asile, de support identificatoire. Un support identificatoire renarcissant : *"Ici, je peux reprendre forme humaine... il y a quelqu'un au bout du fil. Quelqu'un... et je me sens quelqu'un, en miroir. Parce qu'avec tout ce qui nous arrive, je me sens tantôt comme un chien galeux, tantôt trimbalé comme un objet..."* et, de par son numéro d'appel unique doublé d'une prise en charge globale, un support identificatoire structurant : *"J'ai l'impression qu'elle part en morceaux... petit bout par petit bout... l'équilibre, la tête, la marche, la vision, la parole,... sa vie part en lambeaux... et moi, je n'arrive plus à me rassembler... Mais il y a tout le monde (médecins / assistante sociale / psychologue) ici à la Cellule... ça me rassure de savoir que vous parlez tous la même langue, que vous faites corps"*.

Outre l'entourage des malades, des personnes dites "à risque" font appel à la Cellule : des personnes "à risque" de MCJ suite à un traitement par hormones de croissance contaminées et des personnes "à risque" de MCJ d'origine génétique. Dans les deux cas, le vécu subjectif de risque prend en otage les perspectives d'avenir. Parce qu'il annonce en même temps le pire

et la possibilité d'y échapper, parce qu'il n'indique "ni la victime ni l'heure de la catastrophe", le "risque" peut donner à cette dernière un caractère omniprésent : "Quand je vais bien, je me prends à espérer que je ne serai jamais malade, que tout ça n'était qu'un cauchemar... Mais quand je me sens mal, le risque d'être malade se transforme en fatalité. Je me sens condamnée (...) Finalement, que ce soit par l'espoir ou la fatalité, c'est un peu là tout le temps, un peu partout en moi".

Et si des moments d'accalmie subsistent, c'est souvent un élément de la réalité, présent ou à venir, qui vient attiser les angoisses d'être malade.

Concernant le drame des hormones de croissance contaminées, ce sont principalement les différentes étapes du procès (ouverture en 2008, 4 mois d'audience, rendu de justice en 2009 et mise en appel en 2010) qui ont déclenché une recrudescence des appels des personnes "à risque" : "C'est cette histoire de procès (...), je lis tous les articles dans la presse (...). Depuis, je vais régulièrement sur le site de l'Invs pour vérifier le nombre de décès, leurs âges.... Je me dis que moi, c'est bon, je suis plus vieille ou j'ai reçu les hormones plus tard (...) Je comprends ce procès mais je le maudis. Je me sentais bien ces derniers temps. J'avais construit mon petit igloo avec mon mari dedans. Et là je souhaite hurler qu'on m'a cassé mon igloo". Durant tout le déroulement du procès, certains de ces "jeunes à risque" ont été débordés par un puissant sentiment d'ambivalence entre le désir et la peur qu'on leur reconnaisse le préjudice subi, c'est à dire le coût psychique de se savoir contaminé. Reconnaissance qui aurait signé la réalité du risque qu'ils encouraient : "Si le procès vient à statuer que je suis victime, je ne pourrai plus me dire que c'est juste un cauchemar et que je vais me réveiller (...) et puis j'ai peur que ça se traduise par le déclenchement de la maladie".

Paradoxe de cette victimation : "c'est la méde-

ciné qui a rendu malade" : "Dire que c'était pour me soigner... quelle ironie... Je n'ai pas de symptôme, je sais, mais je suis déjà morte. De peur". Et en ces temps juridiques agités, la Cellule et ses médecins tout particulièrement, se sont vus parfois pris dans les mêmes filets ambivalents : "On a fait confiance aveuglément à la médecine. Comment pouvions-nous imaginer que le mal viendrait de là où on l'attendait le moins ? A qui faire confiance maintenant ?!".

Notamment encouragés par les associations, avec lesquelles la Cellule entretient des liens étroits, certains parents de "jeunes à risque" ont fait appel à nous : "Notre vie est faite de hauts et de bas. Lorsqu'on apprend qu'un jeune est mort, toute l'histoire remonte... et puis le temps passe et on fait comme si ça n'existait plus. Mais ces oscillations... c'est de la torture". Comment ne pas évoquer aussi le vécu dramatique de ces autres parents qui ont perdu leur enfant, parfois il y a longtemps ? Des parents encore submergés par la peine et rongés par un fort sentiment de culpabilité "d'avoir donné le feu vert aux médecins pour gagner quelques centimètres...", "d'avoir moi-même fait les injections d'hormones". Un sentiment de culpabilité exacerbé par la relaxe générale des prévenus après 20 ans de procédure : "Il y a des victimes, il faut des coupables (...) C'est comme si la Justice nous avait désignés coupables à leur place".

Dans ce contexte où prédominent les sentiments de culpabilité et parfois de honte, le téléphone est un outil de grand secours puisqu'il permet aux personnes de se soustraire au regard de l'Autre. Cet Autre, objet d'implacables projections accusatrices : "Je n'aurais pas pu consulter un psychologue en face-à-face. J'aurais eu trop peur de lire sur son visage le dégoût, le rejet, le jugement... là, je peux dire ce que je veux, je ne vois pas votre réaction... c'est moins dur". Mais pourquoi le psychologue de la Cellule se prête-il si rarement aux projections de nature persécutrice ? Répond-il à la

nécessité de sauvegarder un *bon objet* ? Un bon objet intériorisable susceptible de restaurer a minima le narcissisme parental ?

Concernant les formes héréditaires de MCJ, dans la majorité des cas, lorsque le diagnostic tombe, le malade est déjà au stade terminal de la maladie. Les membres "à risque" de la famille se retrouvent donc confrontés à deux drames simultanés, la perte imminente de leur proche et "l'horreur" de leur possible devenir : *"Voilà, en une fraction de seconde, le monde bascule... Je regardais ma mère mourir, j'imaginais que j'allais finir comme elle et je pensais à mes enfants qui auraient peut-être le même destin. Puis viennent les angoisses pour les frères et sœurs, leurs enfants.... c'est l'hécatombe..."*

"Comment en parler aux enfants ?", "Peut-on continuer à vivre normalement en sachant que tout peut basculer en quelques mois ?", "Je n'arrête pas de pleurer, est-ce le début de la maladie ?", "Faut-il faire le test génétique ?". Autant de questions difficiles à adresser à l'entourage : *"J'ai appelé la Cellule parce que je ne veux pas affoler mon mari, mes enfants... (...) et je ne suis pas encore prête à me retrouver en consultation de génétique (...) ce serait trop réel (...) pour l'instant, quand je raccroche, je peux faire comme si ça n'existait pas".*

NATURE DE "L'ESPACE" TÉLÉPHONIQUE

Mais de quelle nature est cet espace téléphonique pour autoriser le patient à maintenir en *dehors* de sa réalité le contenu qu'il y dépose ? L'absence de corps en présence et l'immatérialité de la voix comme unique canal de communication seraient-elles la clef du choix des patients d'un suivi téléphonique plutôt qu'en cabinet ? Le téléphone permettrait-il au patient de s'affranchir ponctuellement d'un *trop de réel* et de se protéger de l'effraction qu'opère la crudité de ses préoccupations matérielles, organiques, mais aussi existentielles ? Serait-elle la figuration de ce temps intra-utérin où tout de la

réalité, sauf la mère, était *en dehors*, ce temps où le lien intime avec elle n'était que sons : *"Je vous parle et vous me parlez aussi dans le creux de l'oreille... Vous êtes un peu mon espace protégé, mon espace secret"* ? Ce temps révolu où le lieu de rencontre (le ventre maternel) entre la mère et l'enfant était l'objet de tous les fantasmes. Que dire d'autre en effet du lieu de rencontre entre le psychologue et le patient qu'il n'est que *scène psychique*, pur espace temporel, un *"ensemble"* chacun chez soi". Un espace qui s'offrirait donc plus encore et plus subitement à la régression du patient que le divan de l'analyste ou l'entretien à domicile ?

Parce qu'elle les prive d'informations à caractère visuel (regards, mimiques, postures, gestuelles) et puisque rien ne fait obstacle, ni chez le patient, ni chez le psychologue, aux différentes représentations fantasmatisques que chacun a de l'autre, la téléphonie se prête à une activité imaginaire *débridée*. Seules des informations à caractère sonore telles que le timbre de la voix, les rythmes, tons, silences, intonations et bruits ambiants (il allume une cigarette, elle ferme une porte, la voix résonne comme dans un espace vide) donnent force et forme à l'espace thérapeutique. Elles seules, et dans une immédiateté remarquable, suffisent à faire surgir le visage, le corps et le lieu de l'autre. Des lapsus à caractère "visuels" s'immiscent d'ailleurs dans le discours des patients et du psychologue : *"Je vois d'ici la tête que vous faites", "Nos rencontres téléphoniques" "On se voit la semaine prochaine".* Des détails comme la silhouette, la couleur des yeux, des cheveux, des vêtements, un canapé, des photos au mur, des sourcils froncés ou une moue défaite, sont-ils l'expression paroxystique de l'activité fantasmatisque à l'œuvre dans la relation transféro-contre-transférentielle entre le patient et son thérapeute ?

Pourquoi l'image de cette patiente-là tarde à se construire en moi, apparaît puis disparaît sans que je puisse la saisir ? Parce qu'elle *"joue à*

cache-cache avec son père malade qui *"ne doit pas la voir dans cet état de terreur"* ? Pourquoi ai-je oublié d'appeler ce patient aujourd'hui, alors que son nom est surligné dans mon agenda ? Parce qu'il me répète chaque fois *"que tout le monde l'oublie"* ? Pourquoi cet autre patient a-t-il exceptionnellement demandé à déplacer son rendez-vous ? Parce qu'il était justement question lors de notre dernier entretien de *déplacer* son agressivité pour épargner sa femme malade ?

Pourquoi cette mère, au beau milieu de son suivi, donne-t-elle mon numéro au fils qui ne *"l'écoute plus"* ? Pourquoi ce fils accepte-t-il d'appeler le *"psychologue de sa mère"* ? Pourquoi le psychologue accepte-t-il de suivre séparément deux membres de la même famille tandis qu'il hésiterait à le faire en cabinet ? Parce que les espaces – uniquement fantasmés – sont bien distincts en lui et que leur relation réclame d'être "tiercée" ?

Pourquoi cette demande impérieuse de me *voir* en consultation ? Parce que cette patiente, non reconnue par la justice dans son statut de "victime" des hormones de croissance contaminées a besoin d'être "reconnue" au sens premier du terme par le psychologue ?

Pourquoi cette crainte en moi à l'idée de *voir* ces patients-là comme on pourrait avoir à craindre de transgresser la règle fondamentale *d'abstinence* ? Dans ce contexte de suivi téléphonique -qui induit l'érotisation du lien à la voix et un sentiment paradoxal de grande proximité, *voir* serait-il devenu un équivalent de *toucher* et *l'acting out* à éviter ?

Ces quelques exemples de questionnements du psychologue autour des manifestations transféro-contre-transférentielles à l'œuvre dans le suivi téléphonique, nous semblent relever d'un processus de type thérapie d'inspiration analytique. Un processus qui se partage souvent en deux temps : un temps de plainte et un temps d'élaboration psychique complexe au

cours duquel le patient rapporte spontanément ses rêves. Des rêves dont le matériel fait l'objet d'interprétations par le psychologue.

SUIVI TÉLÉPHONIQUE AVEC OU SANS FIN ?

Il arrive qu'après le décès de son proche, le patient s'interroge sur la légitimité de la poursuite du suivi, comme si la survie du malade avait jusqu'ici conditionné son droit à en bénéficier. Il n'en est rien : *"alors tout ne s'arrête pas pour moi non plus ?"*. Cet espace temporel, sans corps en présence, qui a protégé le patient des angoisses inhérentes à la réalité d'une séparation annoncée, permet et catalyse même parfois le travail de deuil : *"Vous êtes un peu comme mon frère [mort depuis 3 mois], je ne le vois pas mais il est là... je ne le vois pas mais je l'entends parfois... comme avec vous, j'apprends à dialoguer à l'intérieur de moi avec lui"*.

La sortie du dispositif de soutien téléphonique est longuement travaillé : évocation de *l'après*, élaboration de la séparation, espacement progressif des entretiens. Un cheminement au cours duquel surgissent plus explicitement les traces du caractère *transitionnel* de l'espace téléphonique. Un espace qui, sans être une permanence d'écoute, a étayé le sentiment de permanence d'objet : *"Je ne vous ai jamais vue... alors je n'ai pas peur de ne plus vous voir. Vous êtes un peu comme toujours là"*.

CONCLUSION

La Cellule Nationale de Référence des Maladies de Creutzfeldt-Jakob a pour mission l'aide au diagnostic et à la prise en charge médicale, sociale et psychologique des patients et de leur famille. L'aide proposée s'effectue essentiellement par téléphone.

La faisabilité et la légitimité d'un soutien psychologique *exclusivement téléphonique* a été l'objet de nombreuses interrogations pour le psychologue : quelle est la nature de cet espace particulier d'accompagnement ? Quels en sont les bénéfices ? Peut-on soutenir un véri-

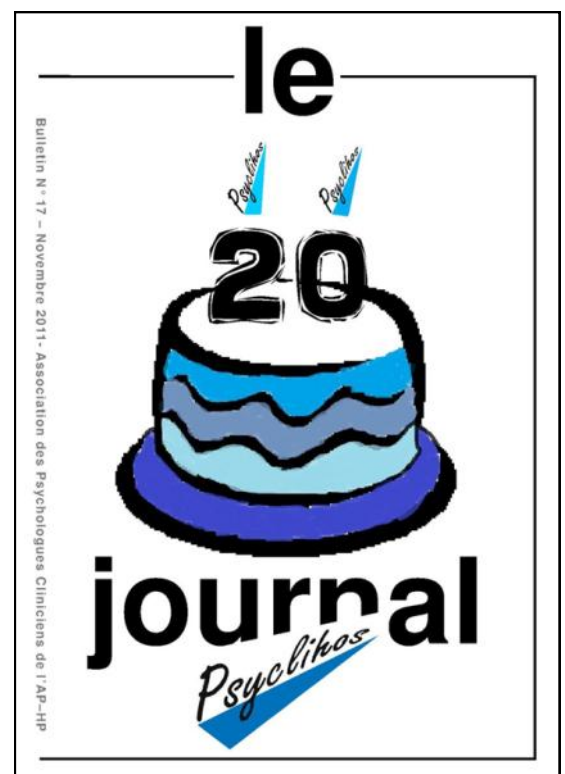
table travail psychique dans le cadre de ce dispositif ? Est-il légitime de parler de travail psychothérapeutique ?

Les 110 suivis psychologiques effectués à la Cellule depuis 2003, nous permettent aujourd'hui d'affirmer que notre travail de psychologue ne se limite pas à une pure fonction de "soutien". En effet, bien que très éloigné de la situation analytique, le processus à l'œuvre dans le dispositif téléphonique semble s'apparenter à celui d'un dispositif de type psychothérapeutique d'inspiration analytique : le cadre est posé et pensé par le psychologue (entretiens de 45 minutes, notion de *rendez-vous* téléphoniques, rythmicité souvent hebdomadaire, suivi au long cours), "l'association libre" est encouragée, l'interprétation des dires, l'analyse des rêves, l'analyse du transfert et du contre-transfert par le psychologue est fréquente et le patient effectue un véritable travail d'élaboration psychique au décours du suivi.

L'expérience nous démontre que les particularités de l'accompagnement téléphonique (notamment privation d'informations visuelles) ne freinent pas le processus thérapeutique. Elles pourraient même le favoriser (relâchement du système défensif).

Ainsi, ce dispositif innovant de prise en charge psychologique à l'hôpital est au service d'une difficulté des personnes qui y ont recours : la crainte et / ou l'impossibilité d'aller consulter un psychologue en face-à face. •

Retrouvez
toute l'actualité de Psychihos,
les enregistrements des conférences,
ainsi que le journal
des 20 ans
sur notre site internet
www.psychihos.org



Parents face à l'interruption médicale de grossesse : des mots en images

Natascia Serbandini

Service de gynécologie-obstétrique, Hôpital Jean Verdier

Après avoir évoqué brièvement les spécificités du deuil périnatal, je vais vous présenter une pratique nouvelle au sein de l'APHP : un groupe de parole hospitalier destiné aux femmes ayant fait une interruption médicale de grossesse. Ce groupe est né en 2008, un an après sa création nous avons choisi d'introduire une caméra lors des séances. Enfin je décrirai l'impact de la caméra sur le groupe et le projet de film que nous sommes en train de réaliser.

LES SPÉCIFICITÉS DU DEUIL PÉRINATAL

La découverte d'une pathologie fœtale incurable pendant la grossesse est un événement hautement traumatique pour les parents du futur bébé. L'hôpital Jean Verdier, unique Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal du 93 accueille et accompagne les parents dès l'annonce du diagnostic jusqu'à l'interruption médicale de grossesse quand les parents la demandent.

Le deuil périnatal présente des spécificités qui le distinguent du deuil classique : il est toujours accompagné d'un fort sentiment de **culpabilité**, amplifié dans le cadre des Interruptions Médicales de Grossesse par la prise de décision (*Tous les textes en italique sont issus de témoignages de femmes lors du groupe de parole*) :
"Pendant le travail je le sentais encore, mon bébé est né vivant, j'avais vraiment cette sensation qu'il voulait se battre. J'ai enlevé tout cet espoir de vie et je me demande de quel droit"
"C'est cette impression d'avoir le choix sur sa vie ou sa mort, c'est tellement lourd à porter"

Une autre spécificité est l'**absence d'un vécu partagé** avec cet enfant en dehors de la grossesse. Geneviève Delaisi de Parseval (psychanalyste) : "Comment faire le deuil de ce qui n'a pas eu lieu, d'on ne sait quoi et de presque rien ?". L'objet perdu reste à perdre, comment accepter la séparation d'avec un être que l'on n'a pas connu ?

Le deuil est un processus intrapsychique consécutif à la perte d'un objet d'attachement par lequel le sujet réussit progressivement à se détacher de celui-ci. Jean Philippe Legros (psychologue, psychanalyste au centre de médecine fœtale Cochin-St Vincent de Paul) dans l'article "L'arrêt de vie in utero ou l'errance des fœtus : un possible deuil" précise que dans le deuil périnatal il s'agit d'un détachement sans renoncement.

Ensuite il s'agit d'un **deuil féminin**, un deuil vécu très différemment dans le couple.

"Mon mari, lui, a pris sa décision... je ne dis pas que ça a été facile, ça a dû être dur pour lui aussi, moi je la portais, je la sentais bouger".

Cette mort est intolérable pour la mère en lien avec le sentiment d'omnipotence propre à la grossesse, intolérable pour la mère qui connaissait ce bébé et qui a ressenti ses mouvements.

Ce sentiment de toute puissance est amplifié par le fait que la demande d'Interruption Médicale de Grossesse revient à la femme, seule signataire selon la loi.

"Je sais qu'il souffre, qu'il est malheureux, il a

la même peine et la même tristesse que moi mais il ne l'exprime pas pareil, il y a une culpabilité plus importante chez la mère".

La perte du bébé est parfois difficilement reconnue par les pères qui n'osent pas manifester leur souffrance et qui se projettent plus rapidement dans l'avenir.

Leur détresse résulte en grande partie de la mise à mal de la fonction contenante, protectrice de la femme enceinte qu'ils assuraient avant l'interruption.

Ce deuil est dépourvu d'une **dimension sociale** : Françoise Molénat (pédopsychiatre) dit : "il existe une cicatrice dans le corps de la mère mais pas de cicatrice sociale".

"Beaucoup de personnes m'ont dit : c'est dingue que l'administration française se mêle de ça (en parlant de la reconnaissance à la Mairie), alors qu'il n'y a même pas de bébé, il était pas né"

Les rituels autour du deuil ont une fonction psychique, ils offrent au mort un dédommagement symbolique. Ils assurent une reconnaissance de la peine des proches par le groupe.

C'est seulement depuis quelques années que les rites et rituels sociaux autour des bébés morts in utero ont pris leur place à travers la reconnaissance à l'Etat Civil et l'évolution des pratiques d'accompagnement dans les maternités (présentation du corps du bébé, organisation d'obsèques).

Ce travail est réalisé dans le but de créer et d'ancrer des souvenirs de cet enfant, afin de "faire des parents, des parents".

"J'avais toujours une photo de mon fils dans mon portefeuille, j'en avais besoin. C'est peut être parce que je ne voulais pas qu'on me dise que c'était rien"

LE GROUPE DE PAROLE À JEAN VERDIER

Lors des entretiens avec le gynécologue ou dans le cadre d'un suivi psychologique quelque

temps après les Interruptions Médicales, les femmes évoquaient de manière récurrente leur solitude, l'impossibilité de partager leur souffrance et, le temps passant, de ne plus pouvoir parler de leur bébé dans le cercle familial et amical. Cet "oubli" de l'entourage et la reprise d'une vie "normale" est source de culpabilité, elles avaient le sentiment d'abandonner à nouveau leur bébé.

"J'ai l'impression que personne ne me comprend, j'ai l'impression d'être seule au monde, de me noyer, je survis. Les gens ne peuvent pas comprendre notre situation, je n'arrive pas à leur dire ma souffrance immense".

De cela est née l'idée de proposer un espace d'échanges entre femmes sous forme de groupe de paroles. Ce projet a été créé à l'initiative commune du gynécologue responsable du Centre de Diagnostic Anténatal et de moi-même.

Il s'agit d'un groupe ouvert à toutes les femmes ayant vécu une Interruption Médicale de Grossesse à Jean Verdier.

Le groupe se réunit une fois par mois pendant une heure et demie et est co-animé par un binôme psychologue/psychiatre et médecin/sage femme.

Le groupe constitue un cadre de confiance, une "enveloppe psychique" comme le dit Anzieu propice à la mise en commun des charges affectives et à l'accompagnement du deuil.

De plus, comme le rappelle Jean Philippe Legros, après la perte d'un enfant par IMG la crainte de la mère, contrairement aux parents d'enfants porteurs d'handicap, est l'absence du regard des autres dans le réel. Cet être invisible pour les yeux, cet enfant que personne d'autre n'a connu risque de disparaître. D'où l'importance de créer un espace physique (par rapport aux espaces virtuels, les forums sur Internet, très fréquentées par les mères en-

deuillées) et psychique au sein de l'hôpital afin de reconnaître l'existence de ces bébés et permettre à ces femmes d'être mères.

"Les autres nous parlent comme si on avait perdu quelque chose, c'est quand même un être vivant, c'était quand même notre enfant".

L'objectif principal du groupe est de permettre le partage d'expérience de ce deuil si particulier, d'être rassurée par le parcours des autres dans un cadre de référence "suffisamment bon" pour le dire avec les mots de Winnicott.

"C'est vrai que discuter avec d'autres personnes qui l'ont vécu il y a longtemps et qui ont su dépasser certaines étapes ça aide, ça donne des clés pour passer à l'étape suivante"

L'IDÉE DU FILM : DES MOTS EN IMAGES

Le groupe a été très fréquenté dès le début. Après un an de fonctionnement le gynécologue a proposé d'introduire une caméra afin de filmer les séances pour témoigner de cette expérience positive et faire connaître cette pratique.

Cette proposition a été discutée par les femmes au sein du groupe, elles ont adopté cette idée et ont élaboré avec nous les objectifs du film :

Témoigner autour du deuil périnatal en décrivant les différentes étapes et souligner les bénéfices d'un groupe de parole.

A partir de leur vécu, permettre une réflexion visant à améliorer les pratiques soignantes dans les accompagnements du deuil périnatal à l'hôpital.

Nous avons filmé six séances d'une heure trente, avec deux techniques : une caméra fixe et une caméra mobile. Ensuite nous avons établi ensemble un plan pour le film : récit en ordre chronologique du déroulement de l'IMG. Les différents chapitres :

L'annonce et la décision, l'hospitalisation, le retour à la maison, l'enterrement, l'entourage, l'autopsie, la grossesse d'après, le groupe

La présence de la caméra a eu un impact sur le déroulement des séances : les thématiques ont été établies à l'avance, ce qui a permis de structurer davantage les séances, tout en gardant la liberté d'aborder les questions évoquées spontanément par les femmes.

Comme le dit Winnicott, l'enfant existe dans les yeux de sa mère : le visage de l'enfant que l'on n'a pas vu ne permet pas à la mère de se reconnaître comme mère.

Le film vient s'inscrire dans cette nécessité de reconnaissance, de laisser une trace de cette présence, de ce bébé qui n'a plus de corps physique mais qui existe dans l'histoire familiale.

La présence de la caméra a donc eu des effets bénéfiques pour les femmes mais aussi pour les soignants : la richesse du matériel clinique recueilli nous a permis d'observer l'évolution des femmes dans le processus de deuil et d'analyser leur posture au sein du groupe, ainsi que celle des animateurs.

Si le groupe a fonction de portage pour certaines, pour d'autres c'est le lieu où elles peuvent donner un sens à ce qu'elles ont vécu en partageant leur expérience avec d'autres.

Nous avons constaté, en visionnant les séances, que plusieurs femmes, qui semblent être dans un deuil normal, continuent à fréquenter le groupe alors que leur interruption remonte à il y a trois ou quatre ans.

Le besoin de continuer à évoquer leur bébé n'est pas un signe de deuil pathologique mais une nécessité de la célébration de la mémoire de ces bébés disparus. Ces femmes veulent garder comme le dit Jean Philippe Legros "une dose homéopathique du trauma qui guérit de lui en ne se séparant jamais".

"Quand j'ai dit à ma responsable que je m'ab-

sentais pour venir au groupe de parole, elle m'a dit "Ben tu en as déjà un (enfant) qui est là, pourquoi tu continues à aller à ce groupe ?" Je lui ai dit : "C'est pas parce que j'ai réussi à avoir un petit garçon que je vais complètement oublier ce qui concerne mon premier enfant, justement lui, il n'est pas là, c'est pour ça que je continue à aller au groupe, pour parler de lui, pour le faire exister".

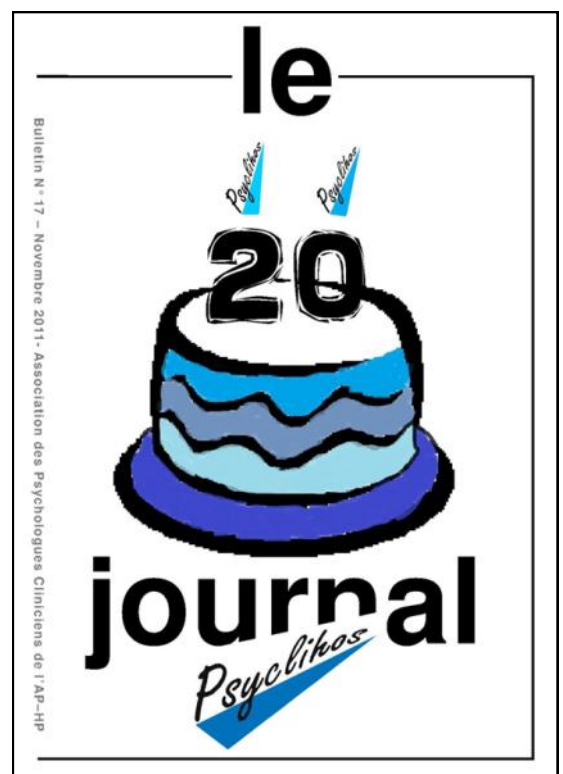
Aujourd'hui le projet du film est en cours, nous avons imaginé deux versions :

- une version courte de 20 minutes, un témoignage du groupe sur le deuil périnatal, à diffuser à l'extérieur

- une version longue, de 52 minutes, destinée aux femmes et en interne à l'hôpital Jean Verdier

Le premier montage a été visionné par les femmes qui ont participé aux choix des extraits. Nous espérons pouvoir le diffuser dans un avenir proche à un large nombre de professionnels de santé. ●

Retrouvez
toute l'actualité de Psychihos,
les enregistrements des conférences,
ainsi que le journal
des 20 ans
sur notre site internet
www.psychihos.org



Psychologue clinicien auprès du personnel : missions, enjeux, limites

Isabelle Fretigny, Hôpital Saint Louis

Elodie Travers, Hôpital Henri Mondor

Pour cette présentation des missions du psychologue clinicien auprès du personnel à l'AP-HP, nous avons choisi de commencer par reprendre quelques éléments à l'origine de la création de nos postes.

Dans une seconde partie, nous définirons et présenterons la diversité des missions spécifiques aux psychologues du personnel sur site. A la fois clinique et institutionnelle, notre pratique nous amène à être en contact régulier avec les différents acteurs, internes ou externes à l'institution, concernés par la protection de la santé au travail. Ainsi, cette collaboration nécessite un important travail de développement et d'entretien du réseau.

Ensuite, nous envisagerons les divers questionnements soulevés par ce poste : positionnement parfois d'équilibriste, cadre spécifique de prise en charge, ou encore limites de cette pratique.

HISTORIQUE

Par la loi de 1983 concernant les droits et obligations des fonctionnaires, les personnels hospitaliers, de par leur statut, sont protégés par leur administration.

A la fin des années 90, le développement de la prévention des violences apparaît comme primordial puis une circulaire intitulée "Prévention et accompagnement des situations de violence" est rédigée en décembre 2000.

Le constat de l'augmentation de la violence au quotidien dans les hôpitaux a fait naître au sein de l'AP-HP des préoccupations et des de-

mandes au niveau institutionnel. Ceci a mobilisé un ensemble d'acteurs concernés par la protection de la santé des personnels. Ainsi, la mise en place d'"une cellule d'accueil et de prise en charge des agents victimes de violence" à l'AP-HP émane de ces travaux. Deux postes de psychologues cliniciennes ont été créés au Siège en 2000 et 2001, puis d'autres postes de psychologues cliniciens auprès du personnel ont vu le jour sur différents sites de l'AP-HP.

Face à l'amplification des violences en milieu hospitalier, l'AP-HP a également mené en 2004 une campagne d'information sur le thème "*Violences de patients, d'accompagnants, de visiteurs, comment soutenir les personnels qui en sont victimes ?*". Ces derniers ignorent souvent leurs droits et les circuits internes pour obtenir le meilleur accompagnement dans leurs démarches. L'élaboration d'un guide a permis de décrire les différentes modalités de prise en charge en cas d'agression : prise en charge médico-psychologique, sociale, médico-administrative ou encore juridique.

Au-delà de la prévention et de la prise en charge de la violence à l'hôpital, les missions du psychologue clinicien auprès du personnel sont orientées vers deux axes principaux : la clinique individuelle et collective et les activités institutionnelles.

DÉFINITION DU POSTE ET MISSIONS SPÉCIFIQUES

Le poste de psychologue du personnel a pour fonction principale de créer un espace d'écoute

et de prise en charge, individuelle ou collective pour tout le personnel de l'hôpital.

Toute personne professionnelle de l'hôpital peut, si elle en a la nécessité (si elle le souhaite), prendre rendez vous pour une première consultation et ce, quel qu'en soit le motif, professionnel ou personnel.

Les bureaux permettent de garantir la confidentialité.

Les consultations se font sur rendez-vous afin d'éviter l'attente et pour préserver la discrétion. Ils sont libres et totalement confidentiels.

Des rendez-vous en soirée peuvent être aménagés.

Le délai maximum d'obtention d'un rendez-vous est environ de 15 jours

Le nombre de consultations dépend de la demande initiale. Il peut aller d'un seul entretien à plusieurs. Lorsque la personne désire ou nécessite une prise en charge plus longue, elle est orientée à l'extérieur. Il est précisé à tout agent en début d'entretien que ce lieu de consultation a pour vocation un accompagnement à court ou moyen terme.

Il est évident que la fonction de psychologue du personnel est à visée clinique, c'est à dire

- que le psychologue du personnel n'intervient pas directement dans les évaluations utiles à la gestion du personnel et n'émettent aucun avis concernant l'aptitude au poste de travail des agents reçus en consultation (ce qui est de l'unique ressort du médecin du travail), ...

- que le psychologue du personnel n'est pas psychologue du travail, donc n'intervient pas dans le reclassement, les mobilités professionnelles, le recrutement...Mais nos missions s'accordent bien sur, avec celles du CRH si nécessaire.

Le psychologue du personnel, comme les autres psychologues cliniciens de l'établissement, dépend directement du directeur de l'établissement, et a des liaisons fonctionnelles

avec le drh par exemple, ou le médecin du travail.

Il rend un bilan annuel quantitatif, indiquant certaines données de son activité tout en préservant l'anonymat et la confidentialité. Il peut arriver que ce bilan soit présenté aux instances types CHSCT.

Globalement, le temps de travail du psychologue du personnel se répartit comme suit : pratique clinique, d'une part, activités institutionnelles d'autre part.

LA PRATIQUE CLINIQUE

• *Clinique individuelle* : soutien psychologique du personnel en difficulté **par entretien individuel**

*Notre pratique montre que les deux aspects professionnels et personnels sont souvent **intriqués**, qu'il peut s'agir de souffrance au travail mais aussi de souffrance personnelle qui peut avoir des répercussions dans le travail.

*Les **motifs principaux à l'origine de la demande** :

- **sur le plan professionnel** sont : conflits inter équipe, situations de violence au travail, manque de communication, difficultés face aux pathologies, perte du sens du travail voire épuisement professionnel,

- **sur le plan personnel** sont : difficultés familiales, sociales, deuils, séparations, problématiques psychopathologiques, maladies chroniques,....

*Ces personnes ne se sont jamais adressées à un professionnel du soin psychique, par méconnaissance des professions parfois, mais par méfiance également, et arrivent souvent en portant des souffrances extrêmement lourdes et de longue date.

*Catégories dominantes qui consultent : soignants et administratifs, encadrement, quelques personnels techniques et médico-techniques, et très peu de médecins.

*Il est difficile d'établir une moyenne du nombre

d'agents reçus par an sur l'ensemble des postes du personnel. Toutefois, les demandes de consultations sont en constantes augmentations sur la plupart des sites de l'APHP, mais aussi du fait des regroupements amenant les psychologues à être sollicités sur plusieurs établissements.

• *Clinique collective*

Les interventions collectives peuvent se présenter sous deux formes : les groupes de parole et les débriefings psychologiques.

Le Groupe de parole : permet de créer un lieu d'expression et d'échanges sur un thème donné ou une problématique spécifique au service (comme par exemple l'agressivité et la violence des patients notamment aux urgences, ou encore l'implication émotionnelle des soignants liée à l'accompagnement en fin de vie, ...)

Le Débriefing psychologique: intervention collective ponctuelle suite à un événement difficile ou traumatique (suicide d'un patient, décès d'un personnel, agression du personnel par un patient ou son entourage,...)

Force est de constater également, que les demandes de "**résolution de conflit**", formulées comme telles, sont aussi très présentes, et il semble utile de distinguer la nécessaire résolution d'un conflit, qui n'est pas forcément le lieu et le temps du groupe de parole, de la volonté d'y trouver un sens. Il va de soi que le psychologue n'intervient en aucun cas comme médiateur, car il n'en a pas la formation spécifique, même si certaines interventions peuvent parfois avoir des effets d'apaisement du conflit.

Pour ces raisons, et préalablement à toute intervention collective, il est important d'avoir pu définir avec les participants leurs attentes, et pas seulement celles liées au demandeur, généralement l'encadrement ou la direction.

LES ACTIVITÉS INSTITUTIONNELLES

•1- Développement et entretien du réseau

En interne : Assistant social du personnel, médecine du travail, DRH, CRH, chef du personnel, direction des soins, psychologues du personnel d'autres sites, psychologues des services, psychiatres ...

En externe : orientation vers les CMP pour les prises en charge à plus long terme, et/ou pour les suivis psychiatriques, orientation vers des lieux de consultations spécialisés (addictologie, consultation douleur, troubles du sommeil, troubles du comportement alimentaire, association d'aide aux victimes, thérapie familiale, ...)

2- *Participation aux groupes de travail et de prévention*: prévention des addictions, de l'épuisement professionnel, des risques psychosociaux...

3- *Faire connaître ces postes et notre activité* :

- A l'occasion d'une arrivée sur site ou lors d'une création de poste,
- Présentation dans les services directement auprès des équipes,
- Présentation lors de formations sur site propre (accueil des nouveaux arrivants ou sur des thématiques en lien avec nos missions) ou au Centre de Formation Continue du Personnel Hospitalier (intervention dans le cadre de la formation "Prévention du risque psychique et de l'épuisement professionnel à l'hôpital")
- Présentation du rapport d'activités au Comité d'Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail

QUESTIONNEMENTS, ENJEUX, LIMITES

Ce poste nous amène en permanence :

- à préciser nos missions : ce que nous pouvons faire et aussi ne pas faire depuis notre place particulière au sein de l'institution,
- à nous confronter à certaines limites,
- à devoir nous adapter à une clinique aussi riche que variée.

Plusieurs limites, donc :

La question du cadre

- absence de paiement : pas de psychothé-

pie, ce n'est pas à l'employeur de payer, on connaît par ailleurs la nécessité du paiement,

- régularité des horaires : il est difficile, souvent impossible, pour des personnels ayant des horaires variables, qui travaillent en alternance de pouvoir respecter un horaire fixe de rendez-vous. Les annulations, les reports sont fréquents à cause des changements d'horaires subis par les agents eux-mêmes. Parfois de notre fait également.

La question de la confiance

- biais dans la relation,

Nous avons le même employeur donc il existe un biais dans la relation de soutien psychologique (thérapeutique). Pourtant, établir une relation de **confiance** institutionnelle avec les agents est essentiel. Et faire partie de la même institution, peut parfois paradoxalement rassurer, et favoriser une démarche qui ne serait par ailleurs pas faite

Ayant été recruté par la même direction, la question de la **confidentialité** du travail du psychologue peut se poser (la confidentialité est rappelé à chaque première rencontre).

- Nécessaire et juste distance entre l'institution de son propre travail (visites médicales effectuées par un autre médecin du travail, attitude discrète au sein de l'établissement, ...).

- Se pose la question du **secret partagé** : dans l'intérêt de l'agent, et avec son accord, certaines informations peuvent parfois être communiquées (assistantes sociales du personnel, médecin du travail,...) et inversement.

Comment et quand réorienter ?

- au rythme de chacun (cette première démarche a déjà parfois été extrêmement longue et difficile)

- ne marche pas toujours "du 1^{er} coup" (combien reviennent parce que cela n'a pas accroché, trop cher, tous ces arguments connus qui peuvent cacher un "pas prêt à")

Autres limites à cette pratique :

- question de la **neutralité** quant au fait de pouvoir recevoir deux parties d'un conflit; Nous sommes là pour *tous* les agents. Et c'est bien là toute la différence avec les GH qui ont à disposition plusieurs psychologues du personnel.

- difficulté si une personne reçue en individuel participe également à un groupe de parole ...

- tous les risques de glissement potentiels aux places que l'institution veut nous faire prendre : lorsque par exemple, en l'absence de médecin du travail, on propose "à la place" de rencontrer la psychologue du personnel ; lorsqu'il faut absolument "trouver une solution": risque d'être interpellé en vue de "résoudre un conflit", avec ce que cela suppose de rapidité et d'efficacité, allant à l'encontre de la possibilité de penser et d'élaborer.

CONCLUSION

Pour le psychologue, exercer auprès du personnel, appelle parfois à des positions d'équilibristes, et nécessite de garder une certaine souplesse.

L'intérêt de ce poste est de faciliter l'accès au psychologue, permettant à un public qui n'aurait pas forcément fait cette démarche de venir consulter. ●



Psychologue à l'hôpital :
une espèce à protéger ?

Clôture de la journée

> *Elodie Sâles, présidente de Psychikos*

Page 87

Elodie Sâles, présidente de Psychihos

Cette journée nous a permis de partager la diversité de nos pratiques. La richesse des interventions nous témoignent de la vivacité des psychologues hospitaliers. C'est bien la spécificité de nos pratiques qui assure la pérennité de nos postes et leur création.

J'ai commencé la journée par des remerciements, c'est ainsi que je vais la clore.

Je remercie

le Comité scientifique qui a construit ce programme riche et ambitieux qui je l'espère vous aura apporté de nouvelles ressources.

Le Comité d'organisation et les bénévoles qui nous ont réservé un accueil souriant et dynamique.

Clément, ingénieur du son, à la technique,

grâce à qui vous pourrez entendre les interventions de cette journée sur notre site internet.

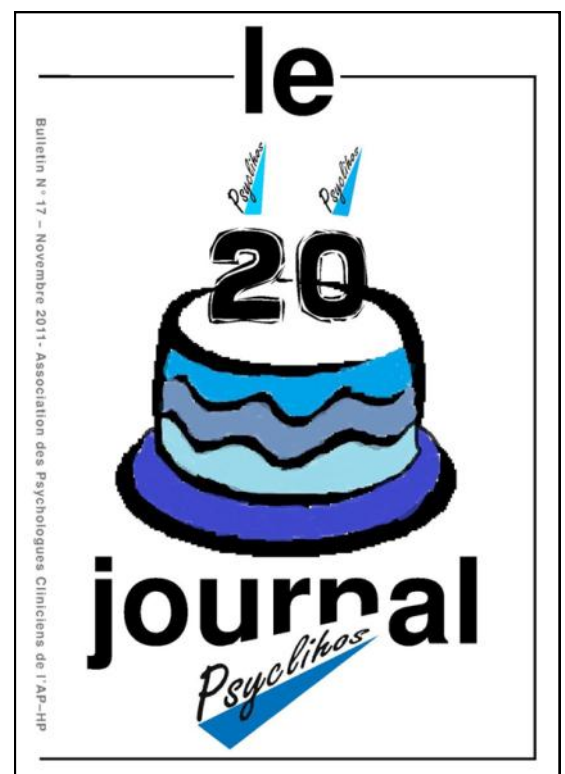
Nous vous demandons donc un peu de patience avant de pouvoir retrouver les interventions de cette journée sur notre site internet. N'hésitez pas à nous rejoindre, ce qui renforce toujours notre dynamisme.

En vous remerciant de votre présence qui fait le succès de cette journée, et nous poussera, qui sait ? à nous retrouver avec notre quart de siècle ;-)

Dernier détail administratif : n'oubliez pas de remplir le questionnaire d'évaluation de la journée et surtout de rendre votre badge en partant. C'est important pour nous.

Merci à tous. ●

Retrouvez
toute l'actualité de Psychihos,
les enregistrements des conférences,
ainsi que le journal
des 20 ans
sur notre site internet
www.psychihos.org





*Association des Psychologues Cliniciens
Hospitaliers de l'Assistance Publique
Hôpitaux de Paris*

BULLETIN D'ADHESION

Cotisation annuelle incluant l'abonnement au journal et l'accès à l'espace adhérent sur notre site internet :

Membres actifs	↗ Titulaire*	45 €
	↗ Contractuel* ou retraité	30 €
Membres associés	↗ Jeune diplômé <3ans sans emploi**	25 €
	↗ Étudiant (master 1 ou 2)***	15 €

Justificatif obligatoire à joindre : copie du haut du bulletin de salaire*, du diplôme**, ou du certificat de scolarité***

Renseignements concernant l'adhérent :

Nom :

Prénom :

Adresse personnelle :

Téléphone :

Courriel :

Adresse professionnelle : *(préciser le nom du chef de service)*

Téléphone :

Courriel (pour recevoir nos Brèves) :

Date et signature

A adresser avec votre chèque à l'ordre de Psychikos à :
Christine SCHWANSE, psychologue,
Hématologie Adulte - Myosotis 3, Hôpital Saint Louis,
par courrier : 1, Avenue Claude Vellefaux - 75 010 Paris