

UNE ÉTHIQUE THÉRAPEUTIQUE : ÊTRE PSYCHIATRIQUEMENT INCORRECT ?

Être sollicitée pour une intervention dans cette Association n'est pas sans susciter des doutes et quelque inquiétude au regard du thème proposé. Tout cela m'apparaissait bien confus.

Il est vrai que la situation actuelle ne facilite pas la tâche pour cerner de quoi il est question pour une Infirmière Cadre de Santé engagée dans une institution de soins, soumise, bon gré mal gré, aux contraintes des nouvelles orientations et missions du service public hospitalier. Entre la mise en place de la nouvelle *gouvernance* qui se profile et qui suppose une réforme de la sectorisation, les nouvelles règles budgétaires et le financement des pôles à l'activité, les nouvelles compétences demandées aux médecins en matière de gestion des ressources humaines, économiques et financières auxquelles les Cadres seront associés, et les orientations de la santé publique¹ ; toute cette évolution induit une nouvelle approche du soin.

C'est pourquoi tout cela me fait dire à l'heure d'aujourd'hui qu'une personne malade, c'est-à-dire un être humain constitué d'un corps et d'un esprit souffrant d'une pathologie, se voit réduite à des critères qui le classifient en fonction de son âge (la géronto- psychiatrie), d'une conduite (les addictions, le suicide), d'un statut social (la précarité). Mais cela introduit aussi une nouvelle clinique, une clinique du symptôme qui traite le sujet de façon morcelée, tel un corps objet.

Ainsi, face à cette évolution, cela devient un véritable casse tête que d'encadrer une équipe. Alors, je m'interroge...? Je m'interroge d'une part sur la place qu'occupe le patient dans ce dispositif, mais aussi sur le devenir de la fonction soignante ainsi que sur les représentations que l'infirmière se fait de sa profession et du malade.

Le patient : objet économique, objet symptôme.

Dans cette perspective économique, par quel bout devra-t-on s'y prendre pour traiter, par exemple, un sujet qui souffre de troubles bipolaires, qui use de stupéfiants, trouble l'ordre public dans un moment d'excitation maniaque, fait une tentative de suicide au plus profond de sa mélancolie, se trouve dans une situation sociale précaire du fait de la perte de son emploi et est en l'attente de l'obtention de l'allocation adulte handicapé pour subvenir à ses besoins ? En outre, si la prévention du suicide est une priorité du projet de pôle, « exit » la conduite d'addiction, « out » l'accès maniaque. J'ai bien une petite idée sur la question pour résoudre le problème... : faire appel au pôle voisin spécialisé dans les conduites d'addiction ou bien contacter les services de police pour rétablir l'ordre public conformément au projet de loi de prévention de la délinquance¹ ; et comme nul n'est sensé ignorer la loi, je crains le pire... Il n'y a qu'un

¹ Projet de Loi de Sécurité Intérieure, articles 18 à 25, qui prévoit de faire passer une partie de la psychiatrie du champ sanitaire à un champ de compétences du Ministère de l'Intérieur.

pas à franchir pour l'amalgame entre les troubles du comportement et l'acte de délinquance.

Il me faudra aussi compter avec le fait que, quel que soit le critère de soin priorisé pour une personne correspondant à ce tableau clinique (somme toute assez courant dans les services de psychiatrie), je devrai veiller au coût de la prise en charge, c'est-à-dire considérer le sujet en terme de rentabilité dans et pour le pôle de mon exercice en fonction de son projet.

Dans ce contexte se pose la question du choix du symptôme : choix purement financier qui décide du symptôme à traiter, celui-ci étant inexorablement soumis et conditionné à l'attribution des moyens budgétaires du pôle.

Du point de vue clinique, j'ai appris, dans l'enseignement traditionnel dont j'ai bénéficié, qu'un symptôme, pour citer un exemple, est « une manifestation de la maladie, un phénomène particulier qui aide à préciser le diagnostic (dictionnaire MALOINE de l'infirmière). Isolé seul, il n'indique en aucun cas le diagnostic. Sur France Culture une psychanalyste, Marie-Hélène BROUSSE², évoquait la thèse de FREUD à propos de l'angoisse : elle explique « *que dans un premier temps, il fait une description unitaire de l'angoisse. Or, il revoit sa théorie dans son ouvrage « Inhibition, Symptôme et Angoisse » : l'angoisse n'est pas du tout unitaire, elle est trans-structurale. C'est un affect qui se retrouve aussi bien dans les névroses phobiques (même si elle tend à se modéliser en symptôme dans la phobie), hystériques, obsessionnelles, que dans les psychoses. Donc, décrite comme un phénomène clinique dans un premier temps, il l'aborde ensuite comme un phénomène distinct du symptôme. De 1960 à nos jours se développe une mondialisation de la clinique, le DSM qui est une clinique descriptive, statistique et multiple qui ne tient pas compte de la structure psychique du sujet. Le DSM décrit l'angoisse par traits, avec des phénomènes psychiques, des phénomènes somatiques qui se manifestent corporellement.* ». Marie-Hélène BROUSSE explique que les anxiolytiques ont une action sur l'angoisse mais qu'il faut prendre en considération le fonctionnement psychique car l'angoisse se traite différemment selon la structure psychotique ou névrotique.

Un symptôme est donc avant tout l'expression d'un malaise psychique beaucoup plus complexe à définir. Et, avant de s'orienter vers un projet de soin singulier, il est évidemment nécessaire de tenir compte de la particularité structurale du sujet. C'est cette particularité là qui confère l'identité du patient, qui le représente. À ne vouloir traiter que le symptôme, le sujet y perd une part de son identité, de son intégrité. C'est un traitement qui s'adresse à un comportement, un traitement parcellaire ; et même si l'anxiolytique suffit à apaiser les manifestations physiques de l'angoisse, il occulte le reste. C'est tout au plus répondre à un besoin, mais qu'en est-il de la demande ? La problématique du sujet n'est pas résolue et certaines thérapies, beaucoup plus économiques et rapides dans leur action sur le symptôme, s'avèrent désastreuses pour le patient si les questions de la structure et de la demande sont évacuées. Au pire, il n'a plus qu'à se taire et souffrir en silence, contraint de se satisfaire et de se conformer à des réponses thérapeutiques uniformisées.

² Marie-Hélène BROUSSE, « Les chemins de la connaissance », France Culture, Panic attack, mardi 05/09/2006, à 11h00.

À partir de cette évolution se définit un nouveau concept du malade mental qui s'abstrait de toute clinique traditionnelle : il n'est plus qu'un objet réduit à la plus simple expression de son symptôme dans un contexte médico-social où les enjeux économiques dominent.

Ce sont des paramètres à prendre en considération et qui ne sont pas sans conséquences dans l'encadrement des soins. Aussi, j'aimerais aborder un autre aspect de mes préoccupations, à savoir ce qu'il advient de la fonction infirmière dans cette situation.

La place de l'infirmière, son désir et l'éthique...

Ce constat ne me laisse pas indifférente quant aux valeurs éthiques de l'infirmière. La question de sa place se pose dans ce futur dispositif qui se dessine, pour soutenir l'utilisateur dans ses difficultés.

Dans ce contexte de standardisation, toute une dimension de la fonction infirmière est totalement déniée de la pratique. Elle n'est plus qu'un instrument de soin : tout l'espace de réflexion et d'invention qui ne se crée que dans l'effet de rencontre se réduit à une peau de chagrin et s'efface au profit d'un UN thérapeutique, LE PROTOCOLE. Elle disparaît dans une relation de soin stérilisée par l'application des protocoles et de leur évaluation. L'authenticité de la rencontre est mise à mal, la question de son identité se pose. Philippe LA SAGNA, psychanalyste dit dans un article à propos de l'utilité de la psychanalyse : *« Tous s'inquiètent aujourd'hui de l'absence de repères, voire d'identité. La psychanalyse nous apprend qu'il n'est d'identité valable que soutenue par un désir. Sinon sont produits des sujets comme si, qui ne s'identifient à rien mais qui s'imitent les uns les autres dans une foule de plus en plus solitaire. À ce niveau, même la maladie devient une construction et un consommable facteur d'identité »*³.

Assignée à un rôle d'application et d'évaluation des protocoles, il reste peu de place à l'infirmière de secteur psychiatrique pour faire part, lors des réunions cliniques, de la particularité même du patient et des relations soignants/soignés. Faut-il rappeler qu'une des difficultés majeures pour le soignant en psychiatrie est d'être confronté à des patients en rupture sociale, qui présentent souvent un mode de relation qui leur est propre dans leur rapport à eux, aux autres, ainsi que dans les actes de la vie courante ? Ces difficultés de communication engendrent des difficultés relationnelles, voire même une absence de relation. Et pour renouer le dialogue, cela demande du temps, de l'écoute et des espaces pour qu'émerge tant soit peu le désir du patient. Cela suppose aussi que les valeurs éthiques de l'infirmière puissent s'appuyer sur des dispositifs et des conceptions de soin qui donnent sens à leurs actes. Traiter le malade comme un corps objet, comme un corps symptôme, réduire le soignant à des comportements uniques, c'est une certaine façon de « tuer » le désir, et des uns, et des autres.

Pour se préserver de cette modélisation, il appartient au soignant d'évoluer dans le champ d'un savoir qui lui est propre, c'est-à-dire de s'approprier des connaissances mais aussi de formaliser sur un mode conceptuel ce que lui enseigne le patient, et lui confère ainsi sa valeur et son identité dans ses choix et ses orientations de soin. Ce qu'écrit Philippe LA SAGNA à propos de la psychanalyse peut aussi être vrai pour

³ LA SAGNA Philippe, La Cause Freudienne, « De l'utilité publique de la psychanalyse », Nouvelle Revue de Psychanalyse, n°63, p.9.

tout un chacun : « *Pour la psychanalyse, les choix et les motivations des hommes ne sont pas des comportements mais des actions, ce qui inclut une dimension morale, une éthique de la conséquence qui va au-delà des limites d'une vie. Ce qui est constitutif du symptôme du sujet aussi bien que du symptôme social, c'est la béance, le ratage, c'est-à-dire l'écart qu'il y a entre nos actions et le désir, faute d'en cerner la mesure. Il ne s'agit pas de substituer le désir au devoir pour produire un héros moderne* »⁴.

Au risque de voir anéanties les capacités d'autonomie psychique et d'élaboration du soignant en tant que sujet pensant, il est de sa responsabilité et de celle du service, de créer un dispositif de soin adapté à ces difficultés pour que la prise en considération de la singularité du patient soit respectée, afin de rendre possible son inscription et lui donner une place dans un projet de soin, dont l'objectif est de renouer un minimum de lien social.

Présentation clinique.

À travers l'exemple d'une prise en charge clinique que je vais présenter, j'essaierai de montrer qu'il est possible d'instaurer un cadre thérapeutique qui tienne compte de la singularité et s'oppose à un désir de normalisation du sujet. La caractéristique de ce cadre repose sur un dispositif et des structures soignantes qui s'organisent et s'articulent autour de la particularité même du sujet, et non l'inverse. Ce qui permet au patient de s'approprier l'espace soignant, gageure d'un lien social.

Monsieur P. est un patient âgé de 47 ans. Il a été hospitalisé à quatre reprises, la première hospitalisation remonte à 2001, le symptôme étant une consommation d'alcool excessive. Au cours de cette hospitalisation, il fait part de son souhait d'arrêter l'alcool, adhère à un traitement dans le service alcoologie de l'établissement qui se poursuivra dans un foyer de postcure. À cette même période, il fait « ôter » à sa demande une plaque au niveau du tibia qu'il a eu suite à une fracture de la jambe en 1999 sur son lieu de travail. Les trois hospitalisations suivantes interviendront dans un contexte « anxio-dépressif » et si le problème d'alcool n'est plus présent, il est noté une difficulté à surmonter les tâches quotidiennes et à reprendre une vie sociale, des difficultés de verbalisation, une forte dépendance à autrui, de l'anxiété et de la tristesse. Il souffre également d'apnée du sommeil nécessitant un appareillage la nuit. Sur le plan social, il est en arrêt de travail depuis 2001 et sera mis sous curatelle renforcée en 2003 compte tenu d'un endettement important.

C'est dans ce contexte qu'interviendra une modification de la prise en charge médicale avec une prescription de 4 jours par semaine dans un hôpital de jour et le service d'HAD (hospitalisation à domicile).

L'orientation du soin dans cet hôpital de jour s'appuie sur certaines représentations nécessaires à la construction psychique de tout être humain. Les soins sont structurés par des temps et des lieux précisés et identifiés par les patients, des espaces qui renvoient au modèle familial dans lequel s'articulent les relations soignants/soignés et qui permettent un travail d'étayage axé sur la dimension symbolique et imaginaire, pour border l'anxiété des patients aux prises avec un réel sans limite. Ces espaces transitionnels définissent un cadre mental dans lequel se jouent la présence/absence, le dedans et le dehors, le tiers, à travers les relations de soin pour que l'anxiété des patients, confrontés au manque et à la séparation,

⁴ Ibid.

devienne potentiellement structurante pour le sujet à partir du moment où elle peut être pensée. Ainsi, la journée se déroule suivant un rythme précis avec des temps d'accueil, de paroles, d'ateliers, de repas qui délimitent la toute puissance ; en l'absence de l'infirmier référent l'atelier ne fonctionne pas, ce qui laisse place à la gestion du prévu et de l'imprévu ; sont abordées aussi avec le patient les situations ou les difficultés qui se présentent sur le temps d'accueil de l'hôpital de jour.

Très rapidement l'indication s'avère problématique tant pour le patient que pour les soignants. Il va de l'un à l'autre, « envahit » les espaces, intervient partout, n'adhère ni aux ateliers ni à la vie du groupe, il désorganise le dispositif, ne respecte pas les règles de vie sociale ; il s'ensuit un épuisement collectif. Il suscite un rejet massif, voire de l'agressivité, de la part des patients et un évitement des rencontres de la part des soignants. La question du sens du soin et de l'indication se pose rapidement ; et le patient ne s'y trompe pas puisqu'il demande une diminution de son temps de présence.

Au cours des réunions d'articulation avec le service d'HAD, les mêmes difficultés sont rapportées. Il se présente comme un sujet « limite », joue avec les patients et les soignants sur un mode puéril, ne semble pas comprendre les plus simples règles de la vie en collectivité. Les difficultés de verbalisation révèlent des bizarreries langagières, à savoir un défaut d'articulation entre les phrases sans liens les unes avec les autres ; il développe une logique que lui seul comprend et le situe ainsi dans un hors discours dans lequel il se noie, y compris les soignants, ce qui rend tout dialogue impossible et vous destitue d'un certain savoir à son égard. Pour l'illustrer, je cite ses propos : « Le 9/09/1999 j'ai marché sur des œufs ». Nous finirons par comprendre qu'il s'agit de la date de sa fracture qui est l'hypothèse de l'origine de sa décompensation. Il est adepte des devinettes : « une chienne fait 2 chiots à la première portée, puis 4 à la deuxième, puis 8 à la troisième et combien à la quatrième ? » Suivant votre logique vous répondez 12 ou 16, ce à quoi le patient se moque de vous, vous indique les limites à ne pas dépasser : la chienne a eu 6 chiots.

Les réunions cliniques mettent en évidence la place qu'il prend dans le service qui est celle d'un objet déchet puisqu'il induit systématiquement des réactions de rejet. Les questions de l'emprise de l'autre, d'une jouissance sans limite, d'une prise avec un réel qu'il ne peut symboliser et qui se manifestent par un comportement difficilement supportable pour l'entourage, sont également évaluées. Une fois élaborée, il s'ensuivra un changement de position de la part de l'équipe soignante et une modification de la prise en charge.

Nous décidons de mettre en place un cadre thérapeutique comme tentative de symbolisation pour border ce réel insupportable. Les espaces et les temps sont séparés, ponctués, planifiés : temps d'ateliers individualisés dans une relation duale, salle ordinateur qui lui sert de refuge quand l'autre est trop présent, entretiens individuels avec le cadre pour introduire du tiers et un semblant de loi symbolique. Les champs d'intervention des uns et des autres sont précisés ; ce qui est du domaine de l'assistante sociale lui appartient, il en est de même pour le curateur.

L'aspect thérapeutique de ce dispositif est qu'il permet à ce patient de s'appuyer et sur les différentes structures de soin et sur des soignants ou autres intervenants clairement identifiés. Il a de ce fait une adresse, et les lieux de soins qu'il fréquente s'inscrivent comme des repères, des arrimages dans son existence. Il s'accroche à des signifiants qui lui confèrent une identité : il adhère à l'association Croix d'Or et se présente lui-même comme un alcoolique anonyme (il présente sa carte). Lorsqu'il a su qu'il allait être mis en invalidité son état physique s'est rapidement dégradé. Il a dû subir deux interventions au niveau des hanches mais, rassuré par les prothèses qui le

soutiennent, il a bien récupéré. Tout ce dispositif constitue un étayage important dont il a besoin, et qui lui permet :

- de faire tenir le monde dans sa logique qui lui est si particulière : il compte le nombre d'interventions à domicile des soignants.
- de le protéger de l'autre, qu'il situe comme il le dit « à la juste distance ».
- et d'être dans un lieu social somme toute apaisé, qui laisse place à son mode d'expression, au moins dans un cadre soignant.

En conclusion

Pour reprendre les propos d'Éric LAURENT⁵, dans la même série d'émission sur France Culture, ce psychanalyste dit qu'il s'agit : « d'aborder la psychose, non pas à partir d'un déficit, mais à partir d'un mode original qui est celui du langage... Et de se passer du discours établi actuel, de séparer l'approche de la psychose du comportementalisme, car traiter à partir du comportement risque de laisser tomber la façon dont le sujet se définit lui-même, dont il parle de lui, dont il se construit comme sujet dans un monde dont il est baigné dans le langage ».

Nous pensons qu'une éthique soignante doit s'inspirer d'une telle réflexion.

Nadine BRIAND

⁵ LAURENT Éric, La psychose ordinaire, « Les chemins de la connaissance », France Culture, lundi 04/09/2006, 11h00.