

LE SOIN EN PSYCHIATRIE : UN SUJET À HISTOIRE OU UNE HISTOIRE DE SUJETS ?

Colloque FORMAREC le 19 octobre 2007 à Bordeaux : « Éthique des soins : penser l'humain ».

par Cathy PEYRAT-VESCHAMBRE, Cadre de Santé – Bordeaux

Lorsqu'il m'a été proposé d'intervenir dans le cadre de la Journée « Penser l'humain », les propos tenus par des infirmiers lors d'un bilan de formation de service me sont revenus. Cette formation, « Contenance psychique et soin au patient psychotique », réunissait IDE et IDSP des différentes Unités Fonctionnelles du Service.

Quelques réflexions, parmi d'autres :

- « Merci de cette opportunité et pour ce retour à l'essentiel. »
- « Qu'est-ce que ça fait du bien de penser ! »
- « On se réapproprie le soins ; on devient moins exécutant. »
- « Cela me conforte dans mon choix de travailler en psychiatrie. »
- « La prise en compte des affects est une redécouverte du soin. »

À la question : « Qu'est-ce qui peut freiner la mise en pratique de cette formation ? » :

- « L'institution. »
- « La logique institutionnelle basée sur la quantification. »
- « Le devenir de la psychiatrie. »

Un petit peu d'histoire

« Mais où est passé le Sujet dans nos soins ? » me suis-je dit.

C'est-à-dire, où est passé cet humain possédant une certaine liberté, étant et se sentant responsable de sa vie, de sa propre trajectoire ? Où est passé le sujet ? Sujet soigné ? Sujet soignant ? L'un peut-il aller sans l'autre ?

« Comment, et surtout pourquoi, en sommes-nous arrivés là ? », quelques deux ou trois décennies après la « révolution » de nos prédécesseurs qui ont travaillé pour que le fou soit un Sujet qu'on écoute, afin de comprendre la souffrance qu'engendre la maladie mentale et la rupture d'avec le monde qu'elle entraîne.

Quarante ans après le Livre Blanc de la Psychiatrie (1969), qui ratifiait la séparation de la psychiatrie d'avec la neuropsychiatrie, 40 ans après la création du secteur, après 40 ans d'utilisation de la psychothérapie institutionnelle qui prenait en compte les aspects humains de la souffrance psychique, pourquoi en sommes-nous arrivés là ?

Où est passé le sujet que cherchait à atteindre la psychiatrie dans sa scission d'avec la neuropsychiatrie ?

Le secteur est-il encore le tissu relationnel tissé par différents acteurs, en vue d'apporter une réponse à la souffrance ?

L'essentiel de notre travail, nous Infirmiers, est-ce encore la tentative de toucher la singularité de l'humain que nous soignons ?

Les paroles et ses effets sont-ils encore l'occasion, le support, de la rencontre nécessaire pour prendre soin de l'être souffrant ?

À tout ceci, je réponds « Oui, j'espère ! » ; car, ainsi le dit Jacques HOCHMANN (1) : « *La spécificité est dans notre pratique et non dans l'objet à traiter* ». L'objet du soin n'est effectivement pas particulier puisqu'il s'agit de l'être humain et de sa façon d'être en relation avec lui-même et avec le monde.

Le soin en psychiatrie : une rencontre entre Sujets.

Dans une revue de Jeunes Psychiatres et d'Internes belges, « Inflexion », Jonathan NICOLAS écrit : « La dimension du contact est essentielle pour soutenir la possibilité d'une rencontre ».

Mais, qu'est-ce que la rencontre ?

« *C'est sur l'attention portée aux petites circonstances de la vie quotidienne que se construit la rencontre, car c'est de là que peut surgir l'impromptu et là que l'on doit se laisser surprendre* », dit Pierre DELION (2).

C'est donc une disposition d'esprit à cultiver quand on est soignant, et surtout Infirmier, car la vie quotidienne est le socle sur lequel s'appuie l'infirmier pour travailler. C'est donc à travers ce quotidien que se produit la rencontre avec la singularité de l'Autre. Ce quotidien que l'Infirmier doit donc s'attacher à ne jamais le considérer comme banal, puisqu'il est support de soin.

Selon Jacques HOCHMANN (1), le soin en psychiatrie a trois temps :

- C'est une activité : « ce que l'on fait compte plus que ce que l'on dit ».
- C'est une activité symbolique : « ce qu'on ne fait pas compte plus que ce que l'on fait ».
- C'est un acte parlé : « c'est de l'alliance de l'acte et de la parole et donc de la pensée que des effets de sens peuvent surgir ».

Ainsi, redonner du sens aux symptômes entendus comme signes d'une souffrance psychique, humaine, c'est chercher la possibilité d'atténuer cette souffrance en l'accueillant.

« La fonction d'accueil », dit P. DELION (2), « *c'est cultiver une ambiance propice à l'émergence de ce qui est le plus meurtri, le plus fragile, chez le patient pour faire connaissance avec lui. Car, pour entendre quelque chose du délire du malade, il faut pouvoir entendre en soi-même les effets que ce discours provoque.* » Et Claude JEANGIRARD (3) de rajouter : « *C'est cela le devoir et la connaissance requis pour être soignant.* »

C'est donc, pour l'Infirmier, construire des situations de soins susceptibles de faire surgir l'impromptu, l'indicible ; c'est se risquer à aller à l'encontre de l'autre.

« Peut-on soigner sans risquer, sans se risquer ? »

Le risque est inhérent à la vie, et c'est bien vers la vie que l'Infirmier cherche à entraîner le malade.

Donc, soigner, c'est accepter des risques en connaissance de cause :

- le risque d'être touché psychiquement quand le délire du patient et l'angoisse qui le sous-tend viennent tutoyer une de nos propres fêlures ;
- le risque d'être touché affectivement quand on reconnaît chez le patient les mêmes mécanismes psychologiques que chez soi ;
- le risque d'être touché physiquement quand, à la croisée d'un couloir, une jeune fille schizophrène vous prend dans ses bras et vous claque une bise car, dit-elle, « elle est contente et se sent en paix avec elle-même » ;
- se risquer aussi à toucher le patient quand on sent qu'une pression sur l'épaule, un soin au corps, peut enrayer une montée de violence verbale ou physique sous-tendue par une angoisse de morcellement.
- Soigner, c'est prendre le risque de parler au patient, mais avec une parole vraie, authentique, de sujet à sujet.

Pouvoir s'appuyer sur des éléments cliniques, des formations, rend ces risques possibles.

Je dirais : « revenons à nos fondamentaux ! »

Connaître la sémiologie de la schizophrénie permet de prendre le recul nécessaire pour ne pas se sentir envahi par l'angoisse ou les projections du patient.

Avoir travaillé, réfléchi, seul et avec l'équipe à ce qu'est un cadre thérapeutique contenant – de quoi il est fait, comment il se construit, à quoi il sert, quelle est la place et la fonction de l'Infirmier référent dans la stratégie thérapeutique construite à partir d'un projet de soin – permet de prendre des risques calculés.

Le projet n'est-il pas un pari que l'on fait pour l'avenir du patient ?

Échanger dans l'équipe sur les expériences des Infirmiers les plus expérimentés et celle des plus novices, conforter ces expériences à une théorie – c'est-à-dire, théoriser la pratique – permettent de constituer l'appareil à penser les pensées du collectif soignant qui, en transformant les symptômes insensés du patient en signes chargés de sens (en les bonifiant, dirait W. BION) rend possible de prendre ces risques avec plus de sérénité et donc plus de sécurité. Car, soigner en psychiatrie, c'est aussi et surtout se risquer à penser, à faire des hypothèses, c'est-à-dire à rendre vivants, utiles, des concepts, des théories ; connaissances qui, sans cela, semblent inutiles et bien compliquées.

Soigner en psychiatrie, c'est :

Se risquer, comme dit P. DELION, à porter sur nos épaules psychiques de soignants la souffrance psychique des patients jusqu'à ce qu'ils puissent se trouver dans des conditions qui leur permettent de se porter eux-mêmes, sans notre aide (2).

Et si le groupe soignant ne s'appuie pas sur la clinique, sur l'observation quotidienne, sur les apports théoriques, pour comprendre de quoi est faite cette souffrance, le fardeau sur ses épaules psychiques est trop lourd à porter et le soin ne peut exister.

Soigner, c'est aussi :

- se positionner en tant que sujet par rapport à l'autre, c'est donc s'engager dans des relations authentiques soutenues par des connaissances ;
- c'est occuper pleinement la mission que nous confère notre fonction, c'est ne pas accepter que d'autres prennent en main « ce qui nous regarde » ; c'est être conscient de notre pouvoir et de notre force de proposition, de créativité. C'est être partenaire des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire et non des exécutants soumis à d'autres.

Le soin : une histoire d'économie(s)...

Mais tout ceci, est-ce encore possible ? L'Hôpital est dans une impasse, l'hospitalité n'y est plus la valeur ajoutée. Jean Ayme avance : « Depuis quelques années, se manifeste une nouvelle forme d'antipsychiatrie, plus insidieuse et plus dangereuse. Elle est née de la collusion entre une logique gestionnaire et une idéologie scientiste. » (4)

Il est loin le temps, effectivement, où F. TOSQUELLES disait : « la psychiatrie marche sur ses deux jambes - la psychanalyse et la politique. »

L'idéologie scientiste s'exprime par l'utilisation et la référence massive et abusive d'une nouvelle bible, le nouveau manuel de psychiatrie qui se veut scientifique, athéorique, neutre et totalement objectif - le DSM - qui est un répertoire descriptif de symptômes, dont les causes sont physiologiques, génétiques ou cliniques, qui détermine leur fréquence pour que ces symptômes soient reconnus comme des maladies et décrit les traitements - chimiques - à leur appliquer.

Utilisation abusive, puisqu'à l'origine c'était un instrument de recherche permettant de se mettre d'accord sur un certain nombre de concepts, sur un langage commun international, afin de communiquer.

C'est avec la version III (1983) du DSM que les psychiatres-soucieux-de-légitimité-scientifique déterminent le diagnostic fiable. C'est-à-dire, qu'à partir des mêmes symptômes et de leur fréquence, tous les praticiens doivent poser le même diagnostic et donc prescrire le même traitement médicamenteux bien sûr ; car des considérations d'ordre financier n'étaient pas absentes de ce catalogue : l'industrie pharmaceutique américaine ayant besoin d'une nomenclature fiable et normalisée pour que le diagnostic porté sur les participants aux essais de médicaments exigés par le gouvernement soit parfaitement établi.

À partir de cette logique qui cherche à effacer les différences individuelles au profit de caractères généralisables, on constitue des GHM (Groupes Homogènes de Malades), on établit des prévisions de DMS (Durée Moyenne de Séjour), un coût par pathologie, afin que les établissements soient dotés d'un budget en fonction de la T2A (Tarification À l'Activité) ou de la VAP (Valorisation de l'Activité en Psychiatrie).

Attention ! L'accompagnement humain n'est pas compris dans la grille !

Et comme la psychiatrie utilise peu de consommables, de techniques de pointe (rentables), mais nécessite beaucoup d'Infirmiers (coûteux) : où vont se faire les économies ?

Et pour être sûr que l'argent est bien utilisé, on demande aux soignants d'évaluer leurs pratiques professionnelles. Alors, il faut « protocoliser » : sans protocole ou procédure, pas d'accréditation. Où en est la V2 ? À quand la V3 ?

Mais un protocole d'injection retard clair, net et précis - s'il permet de faire un traitement dans de bonnes conditions d'hygiène et d'asepsie - n'a jamais fait le soin.

Le soin va se nicher dans la qualité des relations qui s'instaurent entre le soigné et le soignant.

Les laboratoires sont d'ailleurs gênés quand, lors de présentation d'un produit testé en double aveugle, on leur fait remarquer que l'efficacité de placebo est souvent très proche de celle du produit. À quoi ça tient ? Mystère ! Mais, en tout cas, il est difficile de l'expliquer scientifiquement.

Qu'en est-il du rôle de l'Infirmier qui a donné de médicament ? Du rôle du Médecin qui l'a prescrit ?

Le placebo doit coûter moins cher, et pourtant... Ah, lobbying, quand tu nous tiens !

Dans un contexte social où l'économique a pris le pas sur le politique, au sens premier du terme, où la compétition a supplanté le lien social, la santé doit être rentable au même titre que les autres secteurs du marché. Et l'hôpital doit mener une politique de gestion rigoureuse, notamment en matière de risque, car la défaillance coûte cher.

La défaillance d'un dispositif technique est relativement facile à prévenir ou à voir venir. Mais qu'en est-il de la possible défaillance de l'outil de soin qu'est l'Infirmier lui-même ? Faut-il, là aussi, « protocoliser » les temps de rencontre pour éviter tout risque ? La rencontre de deux subjectivités est-elle « protocolisable » ?

Sachons raison garder, nous, qui sommes soignants !

Il convient, avant tout, de ne pas oublier que toute pathologie mentale est portée et vécue par une personne : « *la psychose en soi n'existe pas* », dit P. DELION (2).

Alors, comment faire pour qu'en raison de notre éthique, le soin au patient porteur d'une pathologie mentale ne se cantonne pas au traitement du symptôme, à cocher des cases, à faire de la psychoéducation, selon des programmes développés grâce à l'industrie pharmaceutique ?

Tous les citoyens, qu'ils soient patients, soignants, administratifs, gestionnaires, ouvriers, patrons, employés... ont une responsabilité dans le traitement de la souffrance liée à la maladie mentale.

Nous, Infirmiers, Cadres, avons, en plus, des missions particulières ! Les Infirmiers ont à créer le soin pour le patient. Ils se doivent donc de proposer, argumenter, leurs fonctions soignantes. Si besoin, s'opposer, c'est-à-dire s'engager, user de leurs capacités d'élaboration, d'analyse et d'action, tant auprès des collègues, des Médecins, des Cadres que des gestionnaires.

Ils se doivent d'être des acteurs autant que des partenaires. Ils se doivent de participer, d'influencer les instances consultatives, décisionnaires, gestionnaires, des établissements ; c'est-à-dire s'occuper de « ce qui les regarde » : ils vivent 24h/24h avec les patients. Ce sont eux qui peuvent défendre les positions infirmières en Commission de Soins ; ce sont eux qui savent de quelles formations ils ont besoin...

Et le Cadre, dans cette histoire ?

Les Cadres, nous nous devons de donner aux Infirmiers la possibilité de soigner. Nous devons donc nous poser des questions :

- comment rendre possible ce soin ?

- comment favoriser l'émergence de la parole qui permette d'évoquer les préoccupations de l'Infirmier par rapport à une prise en charge ? Quels outils utiliser et comment les faire vivre ?
- comment faire reconnaître la mise en mots comme une mise en travail ?
- comment inciter, faciliter, l'appui sur la clinique, la théorie, la métapsychologie ?
- comment entretenir des espaces de réflexion, d'analyse, de transmission des savoirs ?
- comment conjuguer tout cela, et même plus, avec la position particulière du Cadre à l'interface du soin et de l'administratif, avec ses impératifs économiques et gestionnaires ?

Le Cadre doit, lui aussi, risquer de se risquer : risquer sa position qui, de hiérarchie statutaire, doit devenir hiérarchie fonctionnelle ou, plus exactement, hiérarchie au service du soin ; ce qui ne peut être rendu possible que par la responsabilisation de chacun des soignants : ce qui veut dire qu'il est respecté comme Sujet, a un accès facilité à ses potentialités soignantes et les met au service du Sujet souffrant.

Il lui faut donc orchestrer l'organisation de l'équipe de telle sorte que les initiatives soient possibles avec le maximum de sécurité, sécurité, non pas dans le sens de la gestion du risque, mais dans le sens de construire une institution « suffisamment bonne » pour que chacun trouve sa place et l'occupe.

Être Cadre, c'est se risquer donc à prendre soin d'une équipe ; lui éviter les tensions institutionnelles inutiles. C'est aussi être près de cette équipe, l'écouter, l'aider à prendre du plaisir à penser et donc à travailler : lui proposer les moyens de transformer le groupe soignant en institution soignante. Or, toute institution doit lutter contre ses forces d'inertie et de chronicisation (l'institué = arrêt) et doit mettre en place des forces de mouvement (l'instituant = mouvement). Il revient au Cadre de défaire l'institué pour mettre en marche l'instituant et il doit être aidé en cela par le Cadre Supérieur et le Directeur des Soins, mais aussi par le Médecin et l'Établissement.

Car le Cadre va devoir se risquer à se positionner par rapport au Médecin, c'est-à-dire éclaircir la position théorique utilisée pour soigner, définir des zones d'actions et de responsabilités respectives, ses zones d'initiatives et ses zones de collaboration. Tout ceci permettant de construire un Projet de service qui définisse clairement les buts à atteindre – de quels soins parlez-vous ici, dans cette Unité ? – et les moyens pour y parvenir (réunions cliniques, institutionnelles, infirmier référent, analyse de pratique, ateliers, entretiens...). Projet qui sera donc un outil permettant à chaque Infirmier de se sentir suffisamment en sécurité pour prendre le risque de soigner ; et permettra au Cadre de remplir ses missions :

Prendre soin d'une équipe, porter attention aux membres de l'équipe dont on a la responsabilité, repérer les difficultés, comprendre les hésitations, être attentif à l'ambiance ; tout cela participe plus à la gestion des risques – celle que prônent les gestionnaires – que remplir des formulaires d'événements indésirables.

Et, parce que le soin s'articule dans la dialectique du médical et du social, la préoccupation de gestion raisonnée s'inscrit directement dans le soin. Et c'est de la responsabilité du Cadre que d'amener l'Infirmier à inclure ce critère dans les projets de soins et dans sa pratique quotidienne (gestion du linge, des médicaments, des consommables, des plannings, etc.) ; c'est leur donner une place de sujet dans l'organisation du travail, car la pratique de chaque soignant s'insère toujours dans le contexte social. Et ce serait être en dehors de toute logique soignante que de ne pas en tenir compte.

Mettre la gestion au service du soin, et non pas le contraire. Mettre l'Autre, soigné ou soignant, dans une position de sujet permet de très bons résultats en terme d'économie – si ce n'est budgétaire – au moins psychique. Et c'est beaucoup, car une économie psychique satisfaisante permet au collectif soignant de remplir ses missions. Assurer une bonne santé psychique des soignants permettant de faire chuter l'absentéisme qui coûte très cher. Mais, pour cela, il faut du temps ; et l'on sait que le temps, c'est de l'... !

Allez ! J'arrête là. Non sans remercier les Infirmiers avec qui je travaille et l'équipe de Cadres, Cadre Sup. et de Médecins qui m'entoure, parce que c'est grâce à eux que je suis fière d'être avant tout une soignante en psychiatrie ; même si, bien souvent, je me dis « qu'est-ce que je fous ici ? ». Jean OURY l'avait dit avant moi et tenait cette question comme un préalable incontournable du soin.

Et si l'incertitude était l'éthique du soin ?

Bibliographie

(1) HOCHMANN Jacques, « Le soin psychiatrique à la recherche d'une spécificité ambiguë », in (F. CAROLI) *Spécificité de la psychiatrie*, Paris, éd. Masson, 1980.

(2) DELION Pierre, *Soigner la personne psychotique : concepts, pratiques et perspectives de la thérapie institutionnelle*, Dunod, 2006.

(3) JEANGIRARD Claude, *Soigner les schizophrènes : un devoir d'hospitalité*, éd. Érès, 2006.

(4) AYME Jean, in *Revue de psychothérapie institutionnelle*, n° 22, 1998.

