

[texte](#)

[article](#)

L'exigence de soigner en psychiatrie

Par: Sophie Rouillard, Cadre de santé, service de psychiatrie, Centre hospitalier Loire-Vendée-Océan, Challans (85), Département de recherche en éthique, Université Paris-Sud 11 /

Publié le : 26 Septembre 2008

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Poursuivre la réflexion

Platon, par la voix de Socrate, nous enseigne dans le Phèdre ce qu'est un bon discours. L'occasion est là aujourd'hui de tenter de mettre en pratique ce que nos illustres maîtres nous dévoilent chaque jour à l'Espace éthique. Ainsi je dirais, « Phèdre, mon ami, où vas-tu donc et d'où viens-tu ? » pour présenter sur quelle hypothèse je démarrerai mon exposé et où j'aboutirai momentanément. Je partirai donc du constat fait en 4 années d'exercice en psychiatrie au contact de la maladie mentale, de sa chronicité et de sa complexité ; du contexte dégradé de la psychiatrie, des évolutions rapides du système hospitalier. Ce tout évolue dans une société contaminée par un sentiment diffus mais constant d'insécurité qui use les soignants dans leurs pratiques quotidiennes, influence leurs systèmes de représentation et modifie l'image du patient psychiatrique. J'aboutirai alors à la notion d'institution, différente de celle d'établissement, au rôle qu'elle se doit de jouer en élaborant des projets qui réaffirment la dignité de l'homme, qui reposent sur les valeurs fondamentales du soin, et qui posent des axes théoriques sur lesquels les soignants peuvent appuyer et nourrir leurs pratiques. « Alors, en route ! »

Mais avant cela, je voudrais remercier Emmanuel Hirsch pour avoir permis l'irruption de la psychiatrie dans un débat sur le handicap, la dépendance et le sens du soin. Comment, le fou, un handicapé ? Que vient-il donc faire là ? Ce n'est pas la représentation classique que nous avons de lui, mais handicap n'est-il pas un terme anglais signifiant « hand in the cap » soit « main dans la casquette » ? Quelle belle image, à laquelle je peux sans difficulté raccrocher celle de nos malades ! Mais aussi quelle situation peu avantageuse !

Ainsi, quelle que soit l'expression de ce désavantage, celui qui la porte au quotidien en est victime, celui qui délire dans la rue, de préférence à la tombée de la nuit, celui qui dans son fauteuil roulant sent la pesanteur de certains regards, de même, on peut lire dans *Le Monde* du 10 février 1966 que « la mort du père fait des orphelins des enfants handicapés sur le plan affectif et matériel ». La psychiatrie a préféré le terme d'aliénation, de double aliénation même, psycho pathologique et sociale. L'aliénation étant l'inverse du mouvement de la conscience qui s'objective et reconnaît le monde comme « son » monde, ici le moment de la reconnaissance est bloqué, faussé, pouvant générer un sentiment « d'inquiétante étrangeté » selon l'expression de Freud, de dépersonnalisation. Acquises, innées, psycho dynamiques ou biologiques, ces pathologies ne cessent d'interroger et d'opposer les psychiatres et scientifiques, mais, mon sujet n'est pas là. Mon sujet est cet être humain dont les mains sont prisonnières de la casquette, et qui nous est confié au quotidien.

Quotidien et abandon

Car mon hypothèse de départ se situe bien ici, dans ce quotidien, cet accompagnement, cet engagement si exigeant qu'il vienne interroger notre capacité à ne pas abandonner. On entend là, classiquement, que pour ne pas abandonner, il faut s'accrocher, persévérer, continuer coûte que coûte, voire se battre. On se bat bien contre le cancer, contre l'infirmité que peut procurer un membre qui ne répond plus, contre un seuil infranchissable... Mais pour ce qui concerne le grand handicap, le poly handicap, celui qui plonge l'être humain dans une véritable et quasi totale dépendance ? Que devient alors la fonction soignante de réhabilitation de l'homme dans son autonomie enseignée dans nos écoles ? Que faire de cette mission si glorieuse et à laquelle nous nous nourrissons tous les dimanches soir en regardant urgences ? S'accrocher ou abandonner ?

Notre premier travail sera donc, à mon sens, celui de l'abandon. Abandonner cette représentation de notre fonction, pour pouvoir accompagner ces patients, ne pas faire le bien, le bon pour eux, mais avec eux. Parce que si nous voulons à tout prix que Mr X arrive à manger tout seul ou que Mr Y arrête de s'alcooliser et de mettre le bazar partout, qu'il ait un métier, un logement et une femme, comme il ne cesse répéter, comment l'y aider si nous considérons que nous sommes les seuls à savoir comment il faut faire, les « sachant » ! Nous introduisons d'emblée une asymétrie, notre supériorité, nous disqualifions l'autre, et si ce dernier nous résiste, nous trouvons que vraiment ce n'est pas bien, qu'il exagère. Alors, on dit qu'il n'est pas dans le soin, et on élabore des cadres de soin sensés l'aider à l'y remettre, l'aider à se contenir ou l'y contenir, qu'il ne se disperse pas, qu'il soit bien là où nous voulons qu'il soit. Ainsi nous construisons des prisons à l'intérieur desquelles nos patients sont abandonnés à eux-mêmes. Donc, ne pas abandonner, pour nous, consisterait à abandonner l'illusion de guérir. Quelle blessure narcissique pour un soignant ! Quelle douloureuse difficulté se trouve cachée là, dans cette sorte de mouvement contre nature, intériorisé et indicible, car il n'y a pas de lieu pour cela. Quel danger aussi car si nous sommes ces soignants dont la mission est bien de rétablir le patient dans son autonomie, et c'est bien là le sens commun que nous avons du soin, que devient alors notre glorieuse mission si ce même patient nous en prive ? Quelle valeur a-t-elle encore, quel prix a ce patient ? Et quel piège nous est tendu à ce moment de réifier l'humain, tout doucement, à bas bruit, insidieusement, malgré toute notre bonne volonté. Si en plus il nous faut quantifier nos actes, c'est-à-dire les propulser du domaine de l'élaboration psychique, voire de l'interprétation, dans certaines conditions, au domaine de la comptabilité analytique, si la société vient nous renvoyer ses peurs en nous suppliant de « garder les fous », dans un contexte de diminution

des durées moyennes de séjour et de fermeture de lits, et bien l'institution elle-même devient folle et relaye ces injonctions paradoxales jusqu'au lit du patient pris lui-même dans ses propres paradoxes.

L'institution

J'arrive ici à la notion d'institution différente de celle d'établissement. Nos établissements hospitaliers ont pour vocation d'organiser le soin, de lui garantir un cadre légal, de lui attribuer les ressources en professionnels et en moyens dont il a besoin. L'institution elle, a pour vocation d'être thérapeutique, un lieu où les traitements sont mis en pratique par des soignants. Pour se faire elle doit élaborer des règles de fonctionnement particulières, adaptées à la spécificité du soin quelle dispense, à la spécificité de ses malades, et à celle aussi de ses soignants. Cela s'appelle un projet. Ce projet est nécessaire pour tenter de résoudre l'ambiguïté constante entre, les injonctions administratives, les inquiétudes de la société, le respect dû aux humains et, particulièrement en psychiatrie, les manipulations répressives nécessaires au maintien de la sécurité, physique bien sûr, mais aussi psychique de tous, soignants comme soignés. Sans cette réflexion, aucune garantie, l'institution n'existe pas et les pratiques se construisent à partir d'une forme d'adaptation secondaire, porte ouverte à toutes les dérives. Nous en connaissons tous de ces équipes qui inconsciemment abandonnent le soin en se réfugiant dans une cohésion, qui a sûrement un sens caché, mais qui leur sert surtout à se protéger des difficultés du quotidien. Alors parviennent à nos oreilles offusquées des paroles du genre « attention à celui-là, il est parano, il nous observe tout le temps, il faut se méfier, il faut que nos dossiers soient carrés, il va sûrement porter plainte » ou encore « Madame machin, c'est une hystérique, on peut rien faire pour elle, on va la boucler dans sa chambre, c'est insupportable pour les autres de la voir se traîner par terre comme ça ». Les représentations, les jugements pleuvent.

Ainsi, par exemple, la schizophrénie n'est pas en soit une maladie totalement incurable, mais ses principaux symptômes sont encouragés par quelques uns des aspects les plus importants de nos sociétés modernes, valorisation de l'autonomie, de la réussite sociale, banalisation et développements des consommations illicites ou dangereuses, alcool, cannabis ? mais je pense que tu en parleras mieux que moi Aymeric. De même, nos patients ne sont pas tous ces tueurs sanguinaires que l'on nous montre à la télévision, la maladie mentale concerne moins d'1 homicide sur 20. Nous voyons bien là, la nécessité pour les soignants, citoyens aussi, de travailler leurs représentations et de se nourrir de concepts, nouveaux, bien sûr, mais aussi des plus anciens et qui ont fait leurs preuves, tels les concepts de la psychothérapie institutionnelle ou de la psychanalyse qui sont fort malmenés de nos jours, un brin suspectés de ringardise soixante huitarde. Mais qui peut permettre ce travail si ce n'est l'institution, ce lieu où doivent se parler les souffrances humaines, les mouvements transférentiels, qui ne sont pas propres à la psychiatrie d'ailleurs, et qui viennent déterminer largement nos comportements, nos implications dans le soin et nos dispositions à l'égard des patients. Pourquoi tel patient nous fait peur, nous agace, ou nous attendri au point que nous nous liquéfions dans son désir et quittons aussi notre place de soignant ? Nous pourrions, aussi évoquer la vulnérabilité des jeunes professionnels, depuis la disparition du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique, qui arrivent dans nos services sans expérience, sans connaissances adéquates. Ils sont de jeunes adultes, ils n'ont pas forcément vocation à rester en psychiatrie, et pourtant, ils se retrouvent en prise directe avec la folie.

Nos institutions sont donc fragilisées, elles sont sous le feu de changements auxquels il faut s'adapter, faire avec. Parce que la maladie mentale évolue dans cette société qui prône l'autonomie, la réussite individuelle, l'argent. Pourtant, le RIMPSY, ne doit pas devenir le paradigme de nos pratiques, il n'est qu'un outil comptable à intégrer. Notre devoir de soignant se situe au-delà, dans la refondation de nos institutions. Recréer des espaces de réflexion et d'élaboration, car le risque de confusion est grand. Quand le fou est abandonné, le dépressif n'a plus que son prozac comme interlocuteur, et les victimes dans nos sociétés qui se durcissent, n'ont plus que les cellules de crise et l'espoir de condamnations exemplaires pour faire leur deuil. Comme si le deuil été devenu une attente de dédommagement ou de revanche plutôt qu'un travail sur l'absence. Nous nous trompons, et il ne faudrait pas que nous nous trompions trop longtemps? Il est donc grand temps de repenser, de remettre le sens au cœur de nos pratiques, de s'interroger sur la place que nous octroyons au patient psychiatrique à la fois dans nos sociétés mais aussi, bien évidemment dans nos institutions hospitalières.

- [Page precedente](#)
- [Page 1/3](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire