Du soignant au soigné : le temps d'une relation

Nathalie LEBLANC

Médecin, psychiatre. Supervision et formation dans la prévention du suicide. Membre de la CPTS 15 et de l'URPS d'Ile-de-France. Affiliée au Séminaire de Bioéthique du Collège des Bernardins

1 Introduction

Un patient, stigmatisé comme étant schizophrène par la psychiatre qu'il consultait récemment, remarquait : « Je n'ai pas d'existence en dehors de la maladie. » Il exprimait la colère qu'il ressentait, son impuissance également devant l'absence totale d'écoute de cette praticienne l'enfermant dans le traitement qu'elle jugeait adéquat au nom de sa « schizophrénie », alors même qu'il tentait de dire ce qu'il ressentait comme les raisons pour lesquelles il refusait ce traitement.

> « L'essentiel du traitement, écrit Roger Gentis, ce sont les contacts humains que le schizophrène –aussi bien aigu que chronique– rencontre autour de lui, à l'hôpital ou ailleurs »[1].

Caricature, semble-t-il, que cette consultation où nulle relation ne put s'établir entre praticien et patient. L'une savait et, au nom de ce savoir supposé, imposait. L'autre subissait. La première, retranchée derrière une fonction, celle de soignante ; le second n'ayant d'existence qu'en tant que malade. Soigné ?

Mais peut-on parler de soin, dès lors que le « soigné » se sent nié en tant que ce qu'il est ? Et qu'est-ce que le soin ?

2 Harmoniques du concept

Le mot a deux origines. L'une vient du latin médiéval : « sunnia » et signifie « nécessité, besoin » ; l'autre d'un latin plus tardif : « sonium », qui signifie « souci, chagrin ». On

[1] Roger Gentis, *Les schizophrènes*, Paris, Editions du Scarabée, 1969, p. 53.

peut donc retenir à la fois le besoin ou la nécessité que requiert la maladie et, surtout, tout malade, comme le souci, la préoccupation que son état justifie.

Pour F. Worms (*in* Le Moment du soin, PUF, 2010), le soin n'est pas « seulement soin de quelque chose, réponse à des besoins, condition de la vie ; il est aussi soin de quelqu'un…, constitution d'un sujet ».

A cette réflexion de F. Worms fait écho celle de G. Canguilhem, lorsqu'il écrit :

> « Le malade est plus et autre qu'un terrain singulier où la maladie s'enracine… (Il) est un Sujet, capable d'expression, qui se reconnaît comme Sujet dans tout ce qu'il ne sait désigner que par des possessifs : sa douleur et la représentation qu'il s'en fait, son angoisse, ses espoirs et ses rêves »[2].

Le malade, le patient sont-ils aujourd'hui considérés d'abord en tant que personnes, sujets potentiels ? Ce qui implique de définir quelles sont les *implications* du soin.

3 Que signifie *soigner ?*

Soigner, c'est d'abord porter attention à autrui ; prendre le temps de regarder (à cet égard, le temps apparaît comme la première composante du soin, que l'on soit soignant ou patient).

La deuxième composante qui en découle est la relation ; relation avec quelqu'un, qu'il soit patient ou soignant ; la troisième, qui se situe au cœur de la relation et en représente le centre, est l'écoute.

L'« être soignant » se fonde sur ce trépied, valable aussi bien pour celui dont il prend soin que pour lui-même.

Avons-nous encore la liberté de prendre en considération ces trois dimensions et de les dégager de ce qui, quotidiennement, les étouffe ?

Le soin implique donc avant tout une attention à l'Autre, attention dont tout découle. L'Autre, en tant que personne, et non uniquement considéré comme porteur des symptômes qui le font « malade ».

Ce qui précède me semble définir une attitude, une façon d'être soignant, avant de faire intervenir une technique, quelle qu'elle soit.

Tout soignant soigne ou devrait soigner avec ce qu'il est et non d'abord à partir de ce qu'il sait. Car il ne pourra mettre en pratique ce qu'il sait qu'en l'adaptant à ce que le patient lui révèle de lui.

Soigner met avant tout en relation deux personnes et non deux fonctions, même si le fait de soigner s'incarne à travers les fonctions ou les rôles de soignant et soigné.

Toutefois la relation ne peut naître sans un facteur qui est premier : le temps. Rien ne peut exister de durable si l'on fait l'économie du temps.

[2] Georges Canguilhem, « Puissance et limites de la rationalité en médecine » (1978), cité par Céline Lefève, *Les classiques du soin,* PUF, Paris, 2015, p. 89.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Or, c'est ce qui se passe aujourd'hui. Les soignants sont surchargés, ne sont pas assez nombreux et en sont réduits, pour beaucoup, à « faire des actes » plutôt qu'à prendre le temps d'écouter leurs patients. Ceux-ci s'en plaignent, ce à quoi faisait récemment écho une psychiatre consultant dans un hôpital parisien : « Un praticien voit un patient toutes les cinq minutes. » Ce qui exclut non seulement le soin mais les soins.

Quels moyens mettre en place dans un laps de temps aussi caricatural ?

Il ne peut être question de soin ni même de soins, mais au mieux, pour un médecin, de la rédaction d'une ordonnance, éventuellement en recopiant la *précédente*, sans se soucier de celui auquel elle est destinée. Telle était bien la raison de la colère du patient cité plus haut.

4 *Les* soins, en tant qu'expression *du* soin

En psychiatrie, de quels moyens disposons-nous ? La réputation qu'ont encore les psychiatres aujourd'hui est trop souvent fondée sur le fait qu'ils sont d'abord prescripteurs, notamment en milieu hospitalier, et surchargent leurs patients de médicaments.

Les hospitalisations se sont raccourcies, faute de personnel et de lits. Il s'agit le plus souvent de faire taire les symptômes, à défaut de prendre le temps d'écouter le patient. Combien sont-ils à observer, lorsque, à leur sortie, le praticien qui assure la prise en charge leur demande comment s'est passée l'hospitalisation : « Je voyais le psychiatre référent en coup de vent, une fois par semaine… » Nous les voyons sortir avec des posologies souvent injustifiées qui les rendent apathiques et qui leur font dire : « Ce n'est plus moi. Je ne peux plus rien faire, je ne me reconnais plus. »

Bien sûr, il est toujours possible de diminuer progressivement les posologies, lorsque c'est possible et, le plus souvent, ça l'est, au lieu de les traiter au nom d'un diagnostic qui les fige dans une pathologie comme s'ils se confondaient avec elle.

Où est le soin ? Où est le respect, moins de ce qu'ils ONT que de ce qu'ils SONT ?

Il ne s'agit pas ici de contester la raison d'être d'un traitement médicamenteux, mais de le considérer comme un outil au service du patient et non l'inverse.

Tout traitement est adaptable. Encore faut-il solliciter le patient et porter attention à ce qu'il ressent du traitement qui lui est prescrit, quels bénéfices il en retire ou, à l'inverse, ce qu'il juge inadéquat.

Un exemple caricatural de la non-écoute d'un praticien m'est donné par une patiente dont le thérapeute venait de prendre sa retraite. Au cours de la première consultation avec le psychiatre qui lui succéda, elle lui fit part des aménagements bénéfiques du traitement effectués par son prédécesseur en fonction des effets qu'elle lui décrivait. Réponse du praticien : « Ici, c'est moi qui décide. » Il va sans dire que cette première consultation fut aussi la dernière.

Comment prétendre savoir *a priori ?* Au nom de quel savoir ? Le seul sur lequel nous pouvons nous appuyer est celui de l'expérience acquise dans notre pratique, au contact des patients. Ce qui ne signifie pas que nous ayons à mettre de côté celui que notre formation nous a donné. Mais il y a seulement à considérer que ce savoir, souvent

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

théorique, est à mettre au service de ce dont nos patients nous font témoins et non l'inverse.

Lorsque nous effectuons une prescription, les patients nous demandent souvent quels en sont les effets secondaires. Nous les leur signalons en fonction de l'expérience que nous en avons à la fois théorique et pratique, à la lumière des retours que nous en avons.

Mais il peut se faire que tel patient nous décrive un ou des effets secondaires qui ne figurent pas dans ce que nous avons expérimenté. Allons-nous répondre : « Ce que vous me décrivez n'est pas imputable à la molécule que vous prenez » ? Si c'est le cas, nous risquons de provoquer immédiatement la résistance du patient qui ne se sentira pas écouté. En réalité, dans bien des cas, nous ne pouvons rien affirmer dans un sens ou dans l'autre. En définitive, de quoi sommes-nous sûrs ?

Notre seule parade est l'écoute et toujours la nécessité de replacer dans un contexte ce que nous entendons.

Toute relation, notamment en psychiatrie, s'inscrit dans une histoire : l'histoire personnelle et familiale du patient, à laquelle s'ajoutent les éléments concernant son environnement, personnel, social, professionnel.

Jadis, cela faisait partie de l'anamnèse, que l'on soit dans le milieu médical ou psychiatrique.

Aujourd'hui, tout dépend de la formation et de la pratique du thérapeute. Certes, il ne s'agit pas de généraliser mais de considérer que l'accent est mis davantage sur les techniques cognitivo-comportementales (TCC) que sur une approche psychodynamique intervenant moins au niveau des symptômes que présente le patient qu'à celui du ou des conflits intrapsychiques qui en sont la cause et qui renvoient à son histoire.

Un patient, d'origine maghrébine, tenta, au cours d'une première consultation avec psychiatre et infirmière, de parler de celle-ci. « C'est du passé ! » lui répondit la psychiatre, sous l'œil ahuri de l'infirmière qui rapportait la scène.

Comme pour lui faire écho, un patient me disait avoir entendu du psychiatre qu'il voyait pour la première fois : « Ici, on ne s'occupe que du présent… » Cette première fois ne fut suivie d'aucune autre.

Puisqu'il est ici question de temps, il faut souligner que la temporalité du patient quel qu'il soit n'est pas celle du soignant. Il navigue comme il le peut dans le temps qui lui est propre et le mode de fonctionnement psychique qu'il a élaboré au fil de son histoire. Histoire complexe le plus souvent, souvent traumatique. Comment pourrions-nous l'appréhender sans considérer qu'il nous faudra du temps pour discerner à partir de quoi elle s'est édifiée ?

Cette question de la temporalité propre du patient ne peut que nous inciter à la patience et à considérer qu'il est « autre ». Cette altérité fondamentale implique une part de mystère, une face cachée sur laquelle nous n'avons pas prise, pas plus que sur cette dimension la plus profonde de nous-même.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

5 Les antonymes du soin

J'ai évoqué précédemment les implications du soin. J'en viens à ce qui lui fait échec.

L'*im-patience*, précisément, qui est difficulté à assumer le présent, lorsqu'une consultation est chargée, que les patients se succèdent sans interruption, que l'écoute devient difficile, presque impossible certains jours et se voit supplantée par la fatigue, l'usure.

L'impatience, quand les situations semblent n'être que répétition : mêmes paroles, mêmes plaintes, mêmes demandes de solution, même sentiment d'impuissance alors que nombre de patients nous considèrent d'emblée comme celui ou celle qui sait, ce qui leur permet de s'installer dans une passivité dont le plus souvent ils n'ont pas conscience.

L'impatience, lorsque nous sommes confrontés à des situations sociales avant d'être pathologiques ou qui nous mettent, me mettent dans une posture qui n'est plus celle d'une thérapeute mais d'une éducatrice ou d'une conseillère conjugale, voire d'une assistante sociale. Je ne suis rien de tout cela. Mais qui déterminera où commence et s'achève la fonction d'un psychiatre ?

Force est de constater qu'aujourd'hui, nombre de repères fondamentaux se sont effondrés, qu'il s'agisse de l'éducation, de la scolarité, de la vie sociale et professionnelle ou des carences multiples du système de santé. De tout cela nous, psychiatres, sommes témoins, lorsque les patients ont à faire face à une souffrance dont les composantes sont multiples et que les relais pour y répondre font défaut.

La souffrance d'autrui est souvent corrosive, déracinante. Elle provoque parfois en celui auquel elle s'adresse une lame de fond d'une violence insoupçonnée pour en repousser l'assaut et s'en protéger.

Je pense ici à toutes les situations de maltraitance, psychiques en particulier, dont je suis témoin, et aux conséquences qu'elles engendrent.

Comment vivre avec soi, quand l'estime légitime de soi est constamment menacée par la malveillance, voire le rejet de l'entourage ?

Je pense aussi à une femme dont l'état dépressif est lié à un habitat insalubre, du fait des nuisances sonores qui y règnent jour et nuit, entraînant un état d'hypervigilance et d'angoisse et des troubles du sommeil permanents mettant en échec tout traitement. Elle se bat sans succès depuis des mois pour obtenir un autre logement social. S'ajoutent à cela l'accident du travail qu'elle a subi dans l'entreprise qui l'employait et les séquelles définitives qui en résultent, rendant tout travail impossible.

Quel est le rôle d'un psychiatre face à une situation qui interpelle davantage les services sociaux que la spécificité de sa pratique ?

Etre là, soutenir autant que faire se peut celle qui vit depuis des mois dans l'attente d'une réponse à ses demandes réitérées.

Combien rencontrons-nous de situations provoquant des états pathologiques consécutifs à une souffrance professionnelle, voire une situation de maltraitance atteignant un point de non-retour !

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Je vis ainsi arriver une patiente qui me déclara : « C'est fini. Je ne retournerai plus dans mon entreprise. » Suivirent des mois d'arrêt de travail, de pourparlers avec l'entreprise par l'intermédiaire d'un avocat et une procédure de licenciement.

Etre régulièrement confronté à son impuissance est usant. Comment accepter l'usure, la corrosion de l'habitude non comme un antonyme du soin mais comme un outil à son service ?

Comment définir l'habitude dans notre pratique quotidienne de soignant ?

6 De l'habitude comme « seconde nature »

Alain Rey, dans son *Dictionnaire historique de la langue française*, la décrit comme « une manière d'être, une disposition acquise par la répétition ». Elle « engendre la vertu », souligne Aristote, dans la mesure où elle tend vers le maximum de ce qu'elle peut atteindre, c'est-à-dire un accomplissement, et devient alors une « seconde nature ». Ravaisson (in *De l'habitude*) va dans le même sens en y voyant, au-delà d'un état, une vertu.

Dans notre pratique quotidienne du terrain psychique, la répétition des situations cliniques auxquelles nous sommes confrontés peut marquer autre chose qu'une accoutumance ou une assuétude mais à l'inverse aiguiser notre attention et notre relation à autrui et nous permettre d'accroître notre capacité à discerner ce qui est en jeu.

En ce sens, l'habitude peut être « un art, une *tekhnê*, qui se repose sur ce qu'elle a acquis tout en étant constamment en éveil, dans un mouvement d'équilibre entre passé et avenir, entre ce qu'elle sait et ce qu'elle est amenée à découvrir ».[3]

Je citerai deux expériences cliniques ayant trait à l'éventualité d'un suicide.

La première concerne un patient suivi depuis des années dans la structure de soins où je travaillais. Je le recevais régulièrement le même jour de la semaine, à la même heure. Il avait généralement quelques minutes d'avance. Un matin, à l'heure dite, je ne le vis pas. Aucun élément ne me permettait de penser qu'il pût avoir fait une tentative de suicide ce jour-là. J'en eus pourtant la certitude quasi immédiate. Après m'être donné un laps de temps suffisant pour tenter de le joindre ou de joindre quelqu'un de son entourage, sans succès, je me rendis à son domicile et fis intervenir les pompiers. Ils le trouvèrent dans un état comateux dû à une prise importante de psychotropes. Il avait déjà fait deux tentatives de suicide quelques années plus tôt. Or, ce n'est pas cet élément qui m'alerta mais la rupture d'une habitude intervenant dans notre relation même. Et c'est cette rupture qui convoqua alors ce que je savais de son histoire et du danger qu'il pouvait courir.

Comme si la rupture de la répétition d'une situation (entretiens réguliers à jour et heure fixes) interpellait la disposition (intérieure) acquise par cette répétition même d'un cadre de pratique. Que vienne à s'interrompre l'*habitude* et l'*habitus*, la manière d'habiter une relation prend le relais.

[3] Nathalie Leblanc, *La liberté du thérapeute. De l'assujettissement à l'autonomie,* Paris, L'Harmattan, 2016, p. 274.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

La deuxième expérience concerne un homme d'une trentaine d'années, dépressif, accompagné en consultation par sa femme, inquiète à son sujet. Elle devait s'absenter quelques jours et, craignant de le laisser seul, sollicitait mon avis. Il n'avait jamais fait de tentative de suicide mais ses conduites, à moto notamment, pouvaient être suicidaires. Ce qui dominait chez lui était une difficulté à être, à vivre avec soi. L'*habitat* (le corps) était sans cesse malmené par une énergie intérieure ne parvenant pas à se déployer. Le danger résultait de ce conflit permanent avec lui-même.

Fallait-il prendre le risque de le laisser seul ou le faire hospitaliser ? Après les avoir reçus l'un et l'autre, j'optai pour la première attitude. Sa femme s'absenta. Les heures qui suivirent furent des heures de doute et d'angoisse. Pourquoi avais-je pris ce risque ? L'hospitalisation m'apparut alors comme la seule mesure qu'il eût fallu prendre. Pour ma tranquillité ou celle du patient ?

Pourtant, en le revoyant quelques jours plus tard, je réalisai que ce temps de solitude, si court fût-il, lui avait permis d'amorcer une réappropriation de soi. Notre mode d'être habituel eut à affronter un saut dans l'inconnu sans doute possible parce que le connu, l'habituel, avait de son côté comme du mien des points d'ancrage suffisamment solides pour risquer ce passage.

L'habitude, dans les deux situations citées, devient cette « seconde nature » qui trouve son appui dans la relation elle-même.

Elle se situe entre deux temporalités : passé et présent. Sans cesse sur une ligne de crête, elle doit maintenir un équilibre entre ce qu'elle sait du patient et ce qu'elle laisse advenir. Si elle est prisonnière de ce qu'elle connaît, elle risque de déraper dans une assuétude qui coupe court à toute écoute véritable. Danger qui menace tous les soignants, notamment lorsque menacent la fatigue, voire l'épuisement. On sait déjà, on répète les mêmes gestes, paroles, prescriptions. Où est le patient dans ce savoir *a priori* ?

A l'inverse, ne tenir compte que de ce qui semble advenir et qui stimule, voire réveille notre attention peut nous entraîner dans une projection qui n'est pas plus sûre que l'attitude précédente.

C'est la raison pour laquelle le thérapeute ne peut, me semble-t-il, se laisser enfermer dans une temporalité sans considérer l'autre. Il s'agit d'aborder l'*a-venir* sans être tributaire du passé tout en progressant avec lui.

Il arrive que le travail psychique avec un patient s'essouffle, quand il ne semble fait que de stagnation et semble, au fil des mois et des années, ne déboucher sur rien.

L'essoufflement est du côté du thérapeute comme du patient. Ni l'un ni l'autre ne savent parfois comment dépasser ce blocage dont ils ne sont pas nécessairement conscients en même temps.

On entend le patient dire : « Je n'avance pas. » Réflexion qui résonne avec la nôtre, la mienne : « C'est vrai. Il s'enlise. Nous nous enlisons. A quoi sert ce que je fais ? » Certes, tout thérapeute garde pour lui ces réflexions émergeant de son découragement,

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

de sa fatigue, de la perte –momentanée- du sens de ce qu'il fait. Va-t-il lâcher ? A quoi peut-il se raccrocher quand tout semble déraper ?

7 La relation, tiers vigilant

A la relation elle-même qui représente ce qu'il a patiemment tissé avec le patient. La relation n'est pas le fait exclusif du thérapeute ni celui du patient : elle est ce que « nous » avons élaboré au fil du temps. Elle est ce « tiers » vigilant qui prend le relais quand « je » dérape et que « lui » se dérobe. En définitive, elle est le lien qui *relie* et non qui *retient* et qui représente le socle sur lequel le travail entrepris peut s'appuyer.

Il est des relations qui sont d'emblée difficiles. Un patient que je vois pour la première fois tente d'exprimer ce pour quoi il consulte. C'est souvent difficile. Il ne sait par quoi commencer, voudrait tout dire, ne rien oublier, pour que je puisse comprendre ce dans quoi il se débat.

Parfois, le contact se fait d'emblée. Parfois, c'est l'inverse. Je ressens une réticence. Le courant ne passe pas. A quoi cela tient-il ?

Je pense à une patiente qui d'emblée m'assiégea par ses larmes, en rapport avec le deuil d'un de ses parents et la situation dans laquelle elle se débattait. Tout cela était réel mais ne trouvait aucune résonance en moi.

J'attendis la consultation suivante. De nouveau l'assaut des larmes, comme pour rendre plus crédibles ce que ses propos exprimaient. Il y avait quelque chose de factice dans cette souffrance répandue ostensiblement comme pour me convaincre… De quoi ? De l'acuité de sa souffrance ?

Je réalisai rapidement que ce qu'elle mettait en scène m'empêchait d'accéder à ce qu'elle était en excluant tout dialogue. D'elle-même, au bout de quelques semaines, elle mit fin à une relation qui de fait n'avait pas trouvé de terreau adéquat pour s'établir.

Mais il arrive aussi qu'une relation s'amorçant difficilement prenne un tout autre tournant. Laborieuse au début, parce que le ou les symptômes prennent toute la place au point de dissimuler celui ou celle qui se tient derrière sans toutefois le masquer complètement ; c'est pourtant dans cet espace parfois réduit que va progressivement s'instaurer un dialogue. Quand le bruit des symptômes laisse la place à quelqu'un avec lequel se noue une relation. Là encore, le temps est le facteur essentiel pour en garantir la justesse et la continuité.

> « Le temps, écrit une infirmière libérale, est le cadre de la relation de soin […] Comment la soignante interroge-t-elle le temps pour y laisser émerger l'être du patient en relation avec sa présence ? »[4]

En tant que thérapeute, je peux reprendre à mon compte cette réflexion. Car c'est la façon dont se décline ma présence qui rend possible l'émergence au fil du temps de

[4] Brigitte Greis, *De la perte de soi au soin des autres*, Rueil-Malmaison, Doin éditeurs, 2007, p. 25.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

l'être du patient. C'est elle et l'attention que je lui porte qui me dictent mes gestes, mes paroles.

Comment s'instaure le travail psychique dans ma pratique quotidienne ?

Je pars des matériaux que m'apporte le patient : les motifs pour lesquels il consulte (état dépressif, crises d'angoisse, troubles du sommeil, état de stress post-traumatique, difficultés relationnelles…), état généralement relié à une situation donnée (contexte personnel, professionnel, social, familial…). Selon les cas, les « outils » thérapeutiques utilisés ne seront pas les mêmes.

Ici, l'écoute du patient va faire surgir la nécessité de travailler plus spécifiquement sur la constellation familiale, quand elle apparaît grevée d'accidents, de traumatismes, de décès, de non-dits qui, au fil du temps, imprègnent, voire parasitent sa vie psychique, alors même qu'il ignore ce qui lui est caché. Et pourtant une part de lui sait, pressent sans savoir qu'elle sait. A cet égard, travailler sur la généalogie du patient fait souvent apparaître des éléments qui éclairent le travail entrepris et enrichissent la relation elle-même.

Là, à l'inverse, l'état de tension et d'angoisse du patient appelle parfois un apaisement, voire un temps de silence, indépendamment du traitement médicamenteux instauré. Peuvent alors intervenir différentes techniques de relaxation et de méditation centrées sur sa respiration et sa capacité à se recentrer sur soi. Je pense à une patiente dans un état d'agitation extrême, physique et verbale, qui la parasitait totalement au point de rendre la consultation pratiquement impossible. Comment introduire un temps de pause qui lui permette de reprendre pied en elle-même ?

C'est souvent la relation même qui guide le thérapeute dans les voies d'accès qu'il a à créer ou à retrouver avec un patient. Il a à se fier à son intuition, à saisir à quel moment la meilleure écoute de l'autre est peut-être un temps de silence, un geste, un regard. Un patient agité ne peut pas de lui-même mettre une limite à son agitation. Et cette limite ne passe pas nécessairement par l'ajout d'une molécule sédative ou l'augmentation d'une posologie, mais par l'attitude du thérapeute, par ce qu'il est plus que par ce qu'il fait.

Sa façon d'être, d'habiter la relation qu'il a avec un patient, est SOIN.

Il faudrait distinguer l'être et l'avoir. Le soin s'inscrit du côté de l'être. Il est attention.

En revanche, les techniques de soin dont nous disposons sont du domaine de l'avoir. Nous *avons* des moyens techniques, mais ce ne sont que des outils. Lorsqu'ils deviennent une fin et non un moyen, ils mettent en échec le soin.

8 Une pratique assujettie

Un exemple théoriquement au service du soin. L'outil informatique devenu l'impératif catégorique auquel tout soignant doit se soumettre, qu'il exerce dans le secteur public ou libéral. Qu'il s'agisse de télétransmission ou des différents logiciels que nous avons à utiliser, nous sommes contraints d'en passer par les fourches caudines que les instances de tutelle nous imposent.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Est-ce un bien au service du patient ?

Dans bien des cas, on peut en douter. Il n'est que d'entendre certains patients nous dire qu'ils souhaiteraient, quand ils consultent un médecin, le voir autrement que de profil ou avoir le temps de lui parler, ce qui n'est pas possible quand l'essentiel du temps de consultation se passe à saisir des données.

Il faut aller vite, ce qui est source d'erreurs de tous ordres : orthographiques, syntaxiques…, d'où parfois une absence totale de clarté dans les informations qui sont saisies. Ce qui pourrait être un moyen de communication et de coordination entre praticiens par exemple devient source de confusion. Il n'est pas normal de buter sur une façon de s'exprimer et d'écrire qui est à peine, dans certains cas, du niveau d'une classe primaire, tant la rapidité de la saisie prime sur l'élaboration et la formulation de la pensée.

Autre point parasitant notre temps de consultation et empiétant sur la relation avec un patient : la gestion de l'outil informatique et ses dysfonctionnements…, fréquents. Comment, en tant que praticiens, pouvons-nous accepter d'être sous l'emprise de ceux-ci, consommateurs de temps et d'énergie, nuisant à notre travail ?

Le patient qui me donne sa carte vitale et que je retarde parce que celle-ci ne passe pas ou que le réseau ne fonctionne pas, sans que j'en comprenne la raison, est lui aussi dépendant de l'aspect aléatoire de ce système de transmission.

De même, les nombreuses tâches administratives qui nous incombent sont autant d'obstacles à notre pratique, comme le sont les différentes injonctions de traçabilité des informations en notre possession. Tout doit être répertorié, stocké, maîtrisé, ceci étant surtout l'apanage du secteur public et institutionnel.

Le *dossier du patient* devient l'instance de référence au détriment du patient lui-même. De même, la façon don il est étiqueté par le diagnostic dont on l'affuble et auquel, trop souvent, il s'identifie.

Notons que l'obligation, dans le secteur public et notamment psychiatrique, de codifier tout patient selon les *normes* imposées par une classification internationale (DSM V) est non seulement un abus mais une aberration. En effet, aucun patient ne se réduisant aux symptômes qu'il présente, il est difficile, pour ne pas dire souvent impossible de rendre compte par quelque code que ce soit de la pathologie dont il souffre (dont les manifestations sont souvent multiformes) et plus encore de ce qu'il est en tant que tel. Il et vrai que ce n'est pas ce qui nous est demandé ! Nous sommes assujettis par ce que Heidegger nomme le *Gestell,* c'est-à-dire le *Système*, un système qui nous fait entrer, en tant que soignants dans une logique qui nous pense au lieu de nous permettre de penser notre pratique.

C'est ainsi que, très régulièrement, je vois arriver des patients suivis parfois depuis des décennies dans le milieu psychiatrique et me déclarant par exemple : « Je suis bipolaire » ou (moins fréquemment) « schizophrène », avec le traitement non qui s'impose mais qui leur est imposé. Test diagnostique, codification, traitement, le cercle se referme !

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Dès lors, comment la relation peut-elle s'instaurer, dans la mesure où l'on n'a pas d'abord affaire à quelqu'un mais à l'étiquette dont il est affublé et qui est souvent source de passivité ? « Puisque je *suis* bipolaire… » !

Il y a là comme une sorte de résignation ou de revendication qui a pris la place du patient et qu'il est difficile de remettre en cause.

Lui dire : « Vous n'*êtes* pas bipolaire, mais vous *avez* des troubles bipolaires » peut être déstabilisant et cette subtilité sémantique différemment accueillie. « Si je ne *suis* pas ce que j'*ai*, que ou qui suis-je ? »

Décoller l'étiquette diagnostique de la *personne* du patient afin qu'il puisse mettre en perspective ce dont il souffre sans se confondre avec lui prend du temps. C'est parfois impossible, dans la mesure où cela demande une remise en question de la part du patient, qu'il n'est pas toujours prêt à effectuer. Il ne s'agit pas de nier sa symptomatologie mais de lui permettre de ne pas se réduire à ce dont il souffre.

« L'étude de la maladie (d'un patient) ne peut être disjointe de son identité, écrit Oliver Sacks (*in* L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau et autres récits cliniques)… Chaque malade est une personne avant d'être un cas. »[5]

9 Un changement d'état

C'est tout le sens d'une thérapie que de faire émerger les forces vives de la personne du patient et de l'aider, au travers même de la crise qu'il traverse, à trouver en lui-même de nouveaux points d'appui.

Toute *crise* annonce un changement et porte en elle-même sa propre dynamique, y compris lorsqu'elle se répète. Et cette répétition a toujours un sens, même s'il est parfois difficilement accessible au patient comme au soignant.

Sortir d'un état pour accéder à un état nouveau peut être source d'angoisse. Quand un patient s'est structuré sur un mode de fonctionnement psychique depuis des années, il lui est souvent pénible d'en sortir, même ci celui-ci est source de souffrance aiguë pour laquelle il consulte. Car ce qui le gêne, voire l'annihile est aussi ce qu'il connaît le mieux. J'observe régulièrement qu'une amélioration constatée et ressentie par lui est souvent suivie d'un retour en arrière. Comme s'il fallait récupérer le *connu* avant de pouvoir accéder à de l'*in-connu.* Le patient est alors entre deux rives, sans savoir où aborder.

S'agit-il pour lui de revenir à un état antérieur, à une norme supposée, celle d'*avant* la crise, ou d'intégrer au contraire celle-ci et, en en déchiffrant le sens, de ressortir *augmenté* de cette expérience ?

Je pense ici à un patient dans une impasse professionnelle dont il ne savait comment sortir. Jusqu'au jour où se déclara une maladie autoimmune qui le contraignit à renoncer à son activité mais qui, simultanément, lui permit de découvrir d'autres voies possibles. Suivit une période de reconversion professionnelle dans un domaine où il put laisser émerger des compétences nouvelles, notamment dans le domaine relationnel.

[5] Cité par Claire Marin, *Les classiques du soin,* « Voir le malade tel qu'il est », Paris, PUF, p. 188.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

La pathologie qui se déclara fut le levier qui lui permit de changer de perspective et de s'affirmer en tant que Sujet, à l'écoute de soi, libre de ses décisions. Si ses capacités physiques en furent diminuées, il ressortit de cette expérience augmenté d'une part de lui-même qui jusque-là n'avait pu voir le jour.

En définitive, en tant que soignants, nous avons affaire aux manifestations de la pathologie du patient mais plus encore à la façon dont il la ressent et la vit. Comment ce qu'il est en tant que Sujet se manifeste-t-il ? Sa subjectivité peut-elle entrer en résonance avec celle du soignant ? Au-delà de la fonction qu'il incarne, comment ce dernier peut-il se laisser interpeller par celui qui s'adresse à lui sans toutefois outrepasser son rôle ? Question qui nous introduit dans la dimension éthique du soin et qui met en jeu la posture du soignant.

10 Dimension éthique du soin et posture du soignant

10.1 Une éthique du soin

Celle-ci nous renvoie à deux concepts grecs : *éthos* et *êthos* dont les traductions ont des implications différentes. La première, d'où dérive le latin *morales*, se situe du côté des mœurs, de la morale ; la seconde, en revanche, définit des habitudes ou une manière d'être et, par extension, la manière d'être en relation avec soi et le monde environnant.

Dès lors, dans la relation soignant/soigné, le soin ne se situe pas d'abord du côté d'un savoir ou d'un pouvoir *a priori* mais d'une attention, d'une interpellation par le patient, en particulier par sa souffrance. Souffrance souvent déracinante dans la mesure où elle nous confronte régulièrement à notre impuissance.

La dimension éthique du soin renvoie nécessairement à la posture du soignant et à sa responsabilité à l'égard du patient.

Comment se décline-t-elle ? De quoi ai-je à *répondre* quand je reçois un patient ? « L'une des figures dominantes de la responsabilité du soignant, écrit Lazare Benaroyo,[6] met essentiellement l'accent sur le respect de l'autonomie du patient au nom du respect de sa dignité. »

Or, il est parfois difficile de faire coïncider autonomie et dignité, quand se pose par exemple la question d'une hospitalisation sous contrainte et que le patient la refuse en revendiquant sa liberté.

Dans des situations cliniques dominées par l'état délirant du patient, comment concilier l'intervention de la contrainte, voire de la force, avec le respect de sa dignité, dès lors que celle-ci est masquée par ce que son comportement met en scène ?

Certes, dans bien des cas, le patient n'est plus en mesure d'exercer son autonomie et il est de notre responsabilité médicale de lui procurer un cadre qui lui assure sécurité, protection et soins.

[6] Lazare Benaroyo, « Emmanuel Levinas. La vocation médicale de l'homme », *in* Céline Lefève, Lazare Benaroyo, Frédéric Worms, *Les classiques du soin, Paris,* PUF, 2015, p. 106.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Mais que dire quand les soins ne sont que contention forcée, surmédication, isolement, absence ou rareté de dialogue parce que les soignants sont surchargés et manquent de temps ? La dignité du patient est-elle encore reconnue ? Quel regard portons-nous sur celui qui n'est devenu qu'*objet* de soins ?

La responsabilité médicale devient la responsabilité du ou des individus au sein des institutions. Paul Ricoeur, dans l'ouvrage « Soi-même comme un autre »[7], a ce mot d'ordre qui résume tout son propos : « Vivre bien, avec et pour les autres, dans des institutions justes. » Réflexion qui, précise Didier Sicard, prend pour Ricoeur tout son sens en médecine, « en particulier dans la relation aux malades »[8]. L'éthique médicale, telle qu'il la conçoit, est en effet « attentive à la personne et, plus précisément, à une personne que l'on ne peut détacher d'un tiers ni des institutions. »[9]

Comment, dans toute approche thérapeutique, tenir compte des différents niveaux de jugement distingués par Ricoeur (in « Les trois niveaux du jugement médical » ?)[10] : prudentiel (celui de la relation interpersonnelle entre patient et médecin), déontologique, qui transcende la singularité de cette relation, et enfin bioéthique, c'est-à-dire réflexif sur ces deux derniers ?

Quelles limites la souffrance assigne-t-elle à la réflexion morale et, à l'inverse, comment la réflexion éthique peut-elle enrichir la façon dont nous, soignants, abordons la souffrance, quelles qu'en soient les modalités ?

10.2 Posture et limites du soignant

Les situations que nous rencontrons en psychiatrie, que ce soit dans le secteur public ou libéral, sont souvent éprouvantes et dérangent nos certitudes en nous mettant face à nos limites, à notre fragilité, voire à notre impuissance. Nous sommes faillibles ; en d'autres termes, humains. Et ce n'est pas parce que les patients nous disent parfois en consultation : « C'est vous qui savez, vous êtes médecin », que nous n'avons pas en permanence à ajuster notre posture et à descendre du piédestal sur lequel trop souvent l'on nous juche. A moins, il est vrai, que l'on nous en fasse parfois brutalement descendre en nous assenant que nous ne valons rien en tant que médecins. La vérité se situe sans doute entre ces deux extrêmes.

Nous ne sommes pas omniscients ni tout-puissants. Nous ne savons rien *a priori* de la souffrance et de la pathologie d'un patient en dehors de ce dont il nous fait témoin. Nous pouvons en avoir une *idée* ou une *représentation*, mais nos idées butent très vite sur le fait que le patient est radicalement *autre*, comme nous le sommes nous-mêmes.

Et c'est sur cette altérité que je m'arrête maintenant, parce qu'elle est une composante essentielle de notre pratique.

« La relation avec l'autre, écrit Levinas, est une relation avec un Mystère »[11]. Mystère, dans la mesure où tout être, patient comme soignant, recèle une dimension

[7] Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, « Points », 1996.
[8] Didier Sicard, « Paul Ricoeur. Le triptyque de la relation médicale », *in op. cit.,* p. 119.
[9] *Ibid.*, p. 119.
[10] Paul Ricoeur, « Les trois niveaux du jugement médical », *Esprit*, n° 12,1996, p. 21-33.
[11] Emmanuel Levinas, *Le temps et l'autre*, Coll. « Quadrige »,Paris, PUF, 2001, p. 63.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

insaisissable, in-connue. Non maîtrisable, irréductible à ce que nous savons, voyons, comprenons. Réaliser cela nous amène à renoncer à tout pouvoir sur l'Autre, qu'il soit patient ou non.

Ce qui m'amène à considérer, dans la relation que j'ai avec un patient, que je ne peux intervenir qu'à partir des éléments qu'il me donne de lui et non à partir d'un quelconque vouloir *a priori*. De même qu'il est irréductiblement autre, le temps qui est le sien l'est aussi. Nous n'avons pas de prise sur la temporalité du patient. Il est dans un moment qui lui appartient et dont il nous fait témoin au fil des consultations. Savoir cela ne peut que nous inciter à l'humilité et à la patience ; nous inciter aussi à renoncer à tout projet à son sujet, au sens d'une anticipation d'un *a-venir* qui lui appartient et dont il a seul les clefs. Il nous appartient, en revanche, de l'aider à les faire émerger et se les approprier. Tel est l'objectif, me semble-t-il, d'un travail psychothérapique.

Une des expériences les plus radicales que je fis eut lieu avec des réfugiés politiques. Travaillant plusieurs années dans un centre pour demandeurs d'asile, je fus confrontée à de multiples reprises à des êtres ou des familles victimes, avant un exil forcé, de répressions multiples dans leur pays, de tortures ou ayant dû fuir du fait de la guerre.

Confrontée rapidement aux limites de tout savoir et pouvoir médical devant l'acuité de leur souffrance, ne parlant pas leur langue et ne disposant pas toujours d'interprète, comment pouvais-je établir avec eux une relation ?

Je reçus une jeune femme venant d'Europe de l'Est. L'interprète prévu ce jour-là était absent. L'entretien eut pourtant lieu. Elle manifesta son étonnement. Comment pourrais-je la comprendre sans parler sa langue ? Et pourtant, la compréhension ou plutôt la perception se fit à un autre niveau. Alors même qu'elle exprimait ce qu'elle avait vécu, j'observai les changements qui s'opéraient aussi bien sur son visage que dans les inflexions de sa voix et qui révélaient à quels bouleversements émotionnels elle était soumise. L'essentiel de ce qu'elle exprimait, je le ressentis plus que je ne le compris. Notre relation s'ébaucha au cours de cet échange au-delà, ou en deçà des mots.

Plusieurs expériences similaires me firent réaliser que l'important tenait moins aux moyens dont je disposais qu'à la présence et l'écoute que nous (l'équipe avec laquelle je travaillais) pouvions *avoir* et, plus encore, *être* pour ceux qui s'adressaient à nous.

« Seul un être arrivé à la crispation de sa solitude par la souffrance [...] se place sur un terrain où la relation avec l'autre devient possible »[12], écrit Levinas, alors même qu'il n'existe plus d'autre possibilité qu'une présence indéfectible de l'*un* à l'*autre*.

11 Désir de mort du patient et posture du soignant

S'il est une situation où la relation entre soignant et soigné est confrontée à ses limites, c'est celle de la mort et du suicide.

[12] Emmanuel Levinas, *op. cit .*, p. 64.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Il ne s'agit pas des patients dont le désir de mort s'inscrit dans un état de souffrance psychique pour laquelle ils sollicitent aide et soins, que ceux-ci relèvent d'un traitement médicamenteux et d'une prise en charge en ambulatoire ou appellent, à l'inverse, une hospitalisation. Il ne s'agit pas non plus de conduites suicidaires qui résonnent comme un appel, appel des actes qui submergent le patient quand les mots ne sont plus possibles. Appel à décoder comme tel et auquel nous avons à répondre selon des modalités qui doivent s'adapter à la situation chaque fois singulière du patient.

En revanche, il est ici question de celui ou ceux qui nous font part de leur décision, décision qu'ils ont prise en connaissance de cause, librement pourrait-on dire, et qui nous demandent de la respecter.

Pour une majorité de praticiens, il n'y a pas de libre choix possible en matière de suicide. Toute idée suicidaire ou désir de mort s'inscrit nécessairement dans une souffrance psychique débordant le sujet et le privant de toute autonomie de décision. A leurs yeux, il n'est précisément plus Sujet de sa décision.

C'est l'une des raisons pour lesquelles nombre de patients, à l'hôpital comme à l'extérieur, ne parlent pas de leur désir de mort au praticien qui les *suit*, de peur de se voir hospitaliser sous contrainte ou, à tout le moins, de voir augmenter les posologies de leur traitement.

Travaillant également pour une association de prévention du suicide, dont le fer de lance est l'écoute et le respect inconditionnel de l'anonymat des appelants, je suis témoin des appels que reçoit l'association. Si la plupart des appelants, à travers leur désir de mort, expriment en fait un désir de vie, mais d'une vie autre, qui à l'heure où ils appellent ne leur est pas ou plus accessible, certains demandent autre chose. D'abord d'être écoutés, lorsqu'ils disent avoir pris leur décision, et d'être accompagnés, sans jugement, sans tentative de dissuasion. Ce qui n'exclut pas que, dans certains cas, l'écoutant discerne que le désir de mort puisse laisser place à un désir de vie, si ténu soit-il. Seules son écoute et la qualité de sa présence lui permettent de percevoir ce qui est en jeu. A l'inverse, dans certains appels, il peut être confronté à la radicalité d'un choix sur lequel il n'a aucune maîtrise.

« […] A l'approche de la mort, écrit Levinas, […] nous ne *pouvons plus pouvoir* […] ».[13]

En tant que praticiens, notamment en psychiatrie, nous avons à faire face à deux impératifs : d'une part, l'obligation de porter assistance à personne en danger mais, d'autre part, l'obligation du respect inconditionnel de la liberté d'autrui. Posture difficile qui tantôt nous enjoint d'intervenir tantôt nous demande de respecter la volonté d'autrui, lorsqu'elle est manifestation ultime de sa liberté.

Dans certaines situations, notre choix se situe au-delà du seul respect de normes déontologiques pour nous faire accéder à une posture exclusivement éthique.

Notre responsabilité de soignants est aussi ce qui nous fait éprouver les limites de notre fragilité. Ce moment où nous ne savons plus, où nous ne pouvons plus et où nous nous trouvons devant l'altérité radicale de l'Autre, échappant à toute maîtrise.

[13] Emmanuel Levinas, *ibid.*, p ; 62.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Pouvons-nous accepter, en tant que soignants, cette dé-maîtrise, en acceptant que l'éthique soit « l'épreuve de la déprise de soi » ? Elle est rencontre de deux vulnérabilités, celle du soignant et du soigné. « C'est au sein de ce dialogue entre deux vulnérabilités que la confiance peut prendre naissance et se déployer dans une *prise en soin* singulière, à même de répondre de manière responsable au noyau de la souffrance du malade »[14].

Bibliographie

Canguilhem, G. (1994), « Puissance et limites de la rationalité en médecine », *in Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris : Vrin.

Gentis, R. (1969), *Les schizophrènes*. Paris : Editions du scarabée.

Greis, B. (2007), *De la perte de soi au soin des autres*. Rueil-Malmaison : Doin Editeurs.

Leblanc, N. (2016), *La liberté du thérapeute. De l'assujettissement à l'autonomie*. Paris : L'Harmattan.

Lefève, C., Benaroyo, L., Worms, F. (2015), *Les classiques du soin*. Paris : PUF.

Levinas, E. (2001), *Le temps et l'autre,* Coll. « Quadrige ». Paris : PUF.

Ravaisson, F. (1996), *De l'habitude*. Paris : Editions Payot & Rivages, « Rivages poche / Petite Bibliothèque ».

Rey, A. (1992), *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris : Dictionnaire Le Robert.

Ricoeur, P. (1980), *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, « Points ».

Ricoeur, P. (1996), « Les trois niveaux du jugement médical, *Esprit,* n° 12.

Sacks, O. (1992), *L'Homme qui prenait sa femme pour un chapeau, et autres récits cliniques*. Paris : Seuil, « Points ».

Worms, F. (2010), « Vers un moment du soin ? Entre diversité et unité », *in* Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric, *La philosophie du soin,* « Ethique, médecine et société ». Paris : PUF.

[14] Lazare Benaroyo, *op. cit.*, p. 113-114.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017