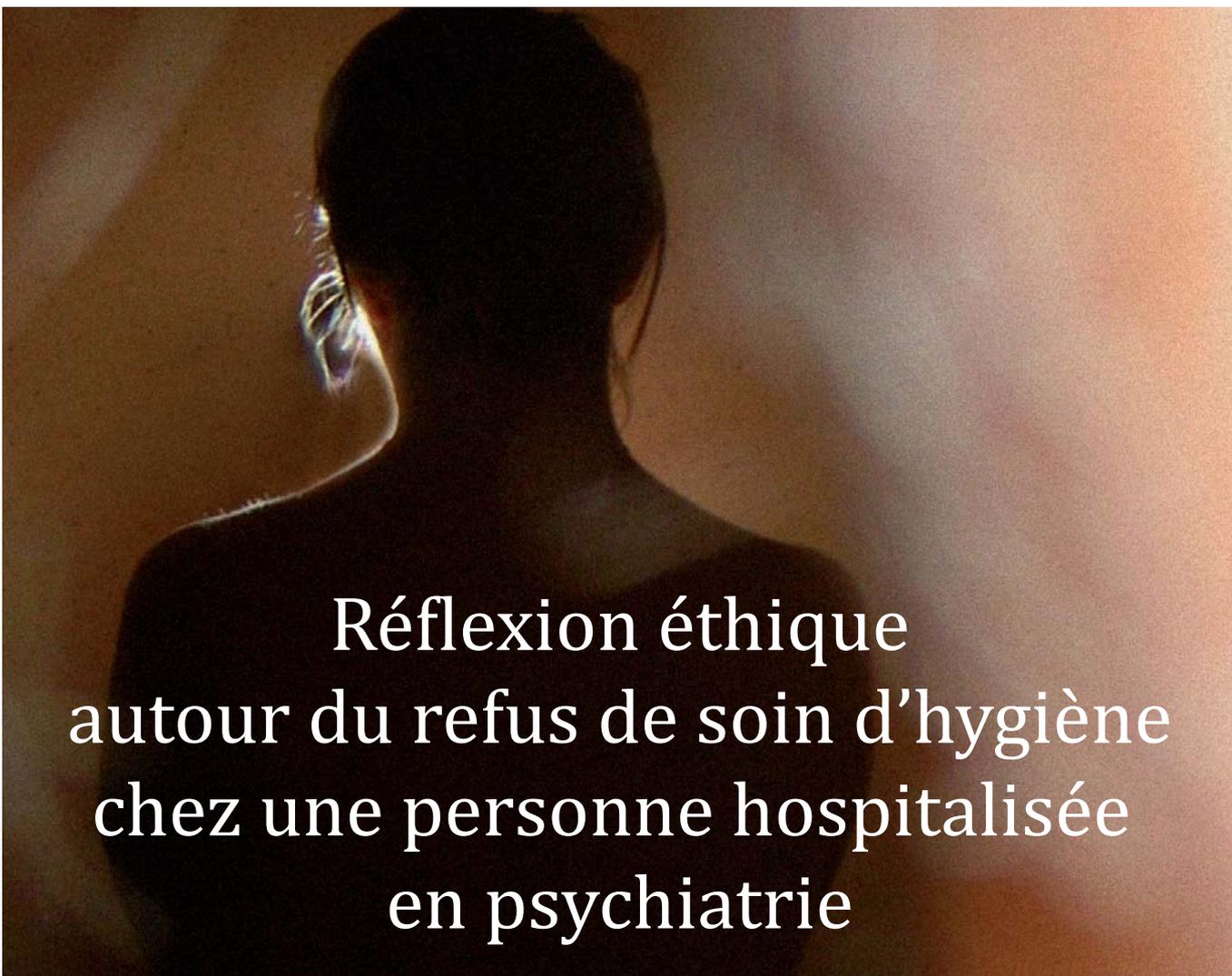


initiales fbs



Réflexion éthique
autour du refus de soin d'hygiène
chez une personne hospitalisée
en psychiatrie

SPÉCIAL COMITÉ ÉTHIQUE

VOTRE MAGAZINE
D'INFORMATION
NUMÉRO SPÉCIAL
JANVIER 2016

4

initiales fbs

numéro spécial

réalisé par le Comité éthique de la Fondation Bon Sauveur
en Décembre 2015

FONDATION BON SAUVEUR



PÔLE DE SANTÉ MENTALE

Sommaire

Préambule	page 4
Fonction de l'hôpital psychiatrique	page 4
Introduction	page 6
Présentation de la situation clinique	page 6
Analyse du refus	page 6
Enjeux éthiques	page 6
Cadre théorique	page 7
Bientraitance et maltraitance	page 7
Pacte de soin et alliance thérapeutique	page 10
Perspectives	page 13
La reconnaissance commune des vulnérabilités	page 13
Modalités d'intervention	page 15
Conclusion	page 18
Annexes	page 20
Cadre législatif	page 20
Bibliographie	page 22

Préambule

Fonction de l'hôpital psychiatrique

La question du refus de soin impose la réflexion préalable de la fonction de l'hôpital psychiatrique. En effet, si la psychiatrie s'est considérablement transformée depuis la création des secteurs, la philosophie et les valeurs qui la soutiennent n'en demeurent pas moins les mêmes. Ses constantes interactions avec la cité nécessitent de repositionner ce qu'il en est de ses rapports à la norme sociale et à la liberté d'être de chacun.

La norme sociale s'impose à tous les membres d'une société et, dans la plupart des cas, les individus y adhèrent au travers des codes sociaux et des valeurs qui la caractérisent. Ces codes sont déclinés d'une façon individuelle ou collective acceptable par le groupe auquel on appartient. Ils inscrivent l'individu dans un groupe social particulier, ils le protègent en le socialisant et le différencient des autres groupes n'utilisant pas les mêmes codes. Ces codes sociaux structurent la société et l'individu mais se déclinent en fonction des situations et des sphères sociales dans lesquelles évoluent les individus, ils sont en cela très mobiles. Toute personne suit un processus de socialisation précis la conduisant à utiliser des codes sociaux qu'elle pense naturels alors qu'ils sont totalement appris. Ces comportements sont tellement intériorisés que l'on peut s'étonner que des personnes n'appartenant pas au même milieu ou venant d'ailleurs ne les possèdent pas.

La représentation de la maladie mentale interfère avec les croyances et les codes sociaux. Les soignants en psychiatrie ne sont pas épargnés et sont tributaires de ces critères de normativité en tant qu'individus intégrés dans le social. La difficulté, pour ces professionnels, consiste à ne pas confondre ni appliquer ces critères de normativité comme des pratiques de soins ou de santé notamment sur ses versants comportementaux. Ces critères sont éminemment subjectifs, à la fois individuels et culturels.

La normalisation sociale de l'individu n'est pas l'objectif de la psychiatrie, elle ne prescrit pas la meilleure façon de s'insérer dans la société. La fonction première de l'hôpital psychiatrique est une fonction d'asile au sens étymologique du terme, c'est-à-dire un lieu d'accueil où peut se réfugier toute personne, un lieu où l'on se met à l'abri, à l'écart de la société et de ses normes parfois devenues insupportables. Les murs de l'hôpital sont contenant, sécurisants, permettent parfois de couper, de protéger de l'ensemble des envahissements persécuteurs.

Il s'agit donc d'accompagner le patient, ce qui suppose d'accepter la singularité de chaque individu. La normativité du regard et de la parole de celui qui pense les soins, du professionnel auquel le malade se confronte, modèle sa capacité d'accompagnement et

influe sur la capacité du patient à reconquérir sa liberté. Le danger est de vouloir le bien pour l'autre sans prendre en compte la particularité et l'unicité de chaque individu. La psychiatrie, prise dans les tourmentes du néo libéralisme, du « pareil pour tous », de la normalisation à outrance, peut parfois en venir à substituer ses fondements traditionnels basés sur l'écoute, la neutralité et l'analyse par l'immédiateté, la toute puissance et l'action à tout prix. La relation thérapeutique peut en être irrémédiablement modifiée.

Il s'agit néanmoins, dans un lieu où de multiples pathologies se croisent et s'entrecroisent, dans un lieu de soins où chacun doit faire avec son voisin de chambre ou de couloir, de déterminer ce qui est de l'ordre de la liberté individuelle et ce qui est de l'ordre de la liberté du groupe. Cette question, travaillée par de nombreux comités d'éthique semble inscrire cette limite du côté de la sécurité sanitaire. Si la liberté de la personne représente une menace pour la santé publique, le groupe serait alors en droit d'exercer une forte pression sur l'individu.

La prise en charge des personnes ne demandant rien à part qu'on les laisse tranquilles, qui refusent les soins d'hygiène, interroge le soignant sur le respect d'autrui ainsi que sur le devoir d'intervention, sur le faire ou ne pas faire. L'enjeu est majeur car il s'agit, pour le patient, de préserver un espace à la fois intime et partageable. Ces patients vivent l'intervention du soignant comme une intrusion alors que le soignant peut être persuadé qu'ils ont besoin de soins. Alors intervenir ou pas ? Une des réponses semble résider dans la relation que le soignant construit avec le patient, sur la perception de la souffrance psychique de l'individu. L'auto-exclusion du soin reste un mécanisme de protection, qui en clivant le sujet, lui permet de se soulager de sa souffrance. Le patient fait avec sa souffrance, il a trouvé inconsciemment en lui une force qui le fait tenir. Il a en quelque sorte « *congelé ses affects* »¹ et ne souhaite pas que quelqu'un travaille à les réchauffer. Il peut donc, légitimement, penser qu'il n'a pas besoin de l'aide qu'on lui propose. Cependant, la non demande ne saurait interdire toute tentative d'aide. En psychiatrie, si le soignant ne se mobilise qu'avec une demande claire et formulée correctement, il risque de passer à côté de bon nombre de patients. La non-demande de soins, voire le refus de soin, n'est qu'un symptôme d'un trouble plus profond qu'il est essentiel de considérer sans mettre en marche « la machine à réparer » avant même de comprendre la signification de ce qui nous semble déconstruit. La recherche effrénée de la solution immédiate est l'expression d'un mécanisme de défense du soignant agissant pour se protéger du spectacle qu'offrent certains patients incuriques, qui n'est pourtant que le spectacle de leur souffrance psychique.

¹ Furtos Jean, *Les effets cliniques de la souffrance d'origine sociale*, Mental'idées n°11, p30.

Introduction

Présentation d'une situation clinique

Les soignants d'un établissement psychiatrique évoquent le cas d'une patiente, madame X, d'une cinquantaine d'années, mutique et opposante aux soins d'hygiène. Un soignant s'est notamment trouvé en difficulté au moment de la douche. La patiente s'est tirée les cheveux violemment, s'est enfuie de la douche, a glissé sur le sol, et est tombée. Elle a alors recouvré l'usage de la parole et dit : « laissez-moi tranquille, j'en ai marre ».

Le soignant a eu le sentiment d'une intrusion dans la vie privée de la patiente, qu'il a eu l'impression de mettre dans une situation humiliante. Il s'est également senti coupable d'atteinte à la liberté de la patiente et a soumis le questionnement suivant au Comité d'éthique : « doit-on contraindre un patient à des soins d'hygiène ? ».

Analyse du refus

La patiente est hospitalisée parce qu'elle est apragmatique, ne s'alimente plus et ne communique plus avec son entourage. Elle présente également des conduites auto-agressives lorsqu'elle est sollicitée par autrui, peu importe la personne. Lors de son hospitalisation, elle continue de s'isoler. En effet, elle refuse le contact avec le personnel et les autres patients. Lorsqu'il lui est demandé de manger, elle peut s'arracher la peau des joues. Elle déambule en pyjama et ne parle que pour demander des cigarettes.

Comme beaucoup de patients hospitalisés en psychiatrie, madame présente donc des troubles psychiques impactant sa relation à autrui et à son propre corps. Elle refuse toute demande venant de l'autre, et lorsque celle-ci est insistante, une angoisse majeure apparaît et elle adopte alors des comportements automutilateurs.

Enjeux éthiques

Le soin d'hygiène, lorsqu'un patient ne donne pas son consentement, est-il une atteinte à la liberté individuelle, à son intégrité corporelle, et donc une altération de sa dignité ?

Quelle attitude adopter lorsque ce patient ne se lave plus du tout, et que cette absence de soin a des conséquences négatives sur la vie en collectivité (par exemple : mauvaises odeurs accentuant l'isolement social) ?

Lorsque l'état physique du patient se dégrade, comment conjuguer bienfaisance et respect de la liberté individuelle ?

Cadre théorique

Bientraitance et Maltraitance²

La bientraitance

Ce concept apparaît dans les années 1990 lors d'un comité de pilotage "opération pouponnière" dont le but était l'humanisation de l'accueil de très jeunes enfants ceci pour éviter le découragement des professionnels face à des situations complexes. L'esprit de ce concept étant que :

« *La bientraitance des plus vulnérables d'entre les siens est l'enjeu d'une société toute entière, un enjeu d'humanité* »³

Quelques notions inhérentes à la bientraitance

- La bienveillance qui se situe au niveau de l'intention des professionnels et qui relève du souci de faire le bien pour l'autre
- La communication – (psychologue Carl Rogers) : être empathique, c'est à dire observer sans juger, reconnaître ses propres ressentis, entendre l'autre et repérer ses besoins.
- La notion de Care (prendre soin) - écrits anglo-saxons, francophones - : "*implique de sortir de son cadre de référence pour rentrer dans celui de l'autre*",⁴ l'éthique du Care est de prendre soin de manière personnalisée.

"La personnalité est tout ce qui fait la singularité de chacun. Si on fait disparaître les symptômes, on touche à ce qui fait la personne. C'est le risque en psychiatrie".⁵

Éléments de définition de la bientraitance

« *Utiliser le mot bientraitance oblige les professionnels à garder en mémoire la possibilité de maltraitance* »⁶

² Support : promotion d'une culture de la bientraitance en milieu psychiatrique - Ethical formation

³ Document de formation, *Promotion d'une culture de la bienfaisance en milieu psychiatrique*

⁴ ib

⁵ Jean-Marie Vidament, Ethical formation

⁶ Document de formation, *Promotion d'une culture de la bienfaisance en milieu psychiatrique*

La bientraitance relève des actions individuelles et des relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service, elle vise à promouvoir le bien être de la personne en soin en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance. Ceci de manière la plus individualisée ce qui nécessite un questionnement permanent et un échange continu entre tous les acteurs (responsables, soignants, soignés, familles) pour la meilleure réponse possible à un besoin identifié à un moment donné.

Elle s'inscrit dans des questionnements éthiques qui tentent « d'articuler le plus justement possible les situations les plus singulières avec les valeurs les plus partagées : le respect de la dignité (principe de l'égalité de tous les êtres humains) figurant dans la déclaration des droits de l'homme et dans tous les textes de référence des professionnels du secteur social et médico-social, la liberté, la justice, la solidarité, c'est l'enjeu d'une société.

« Dans une promotion de la bientraitance, il faut apporter une attention particulière à la liberté. »⁷

La posture professionnelle de bientraitance est une manière d'être soucieux de l'autre, mais elle n'est pas faite que d'acceptation ; un cadre institutionnel stable et sécurisant pour tous est nécessaire ce qui implique que les professionnels, eux-mêmes, soient reconnus et soutenus dans leur pratique.

La maltraitance

« Tout acte ou omission qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien être général d'une personne vulnérable »⁸

La loi de 2002 concernant les droits des malades et la qualité du système de santé, les certifications mises en place par l'HAS (Haute Autorité de Santé), ont changé les pratiques professionnelles ; cependant les personnes prises en charge témoignent souvent de manque de considération, d'écoute, d'information, de contraintes plus ou moins adaptées, d'attentes... C'est ce que l'on peut nommer la « maltraitance ordinaire » dont le risque majeur est la banalisation.

⁷ Jean Marie Vidament, Ethical formation

⁸ Définition du dictionnaire *Le Robert*

Types de maltraitance selon les personnes hospitalisées et leurs proches

Les personnes ayant recours à un Etablissement de Santé, se sentent en position de vulnérabilité, c'est pourquoi elles et leurs proches ont besoin d'écoute, de bienveillance et d'accompagnement.

Les professionnels ne répondent pas toujours à leurs attentes, les différents témoignages soulignent :

- un malade « transparent, objet » considéré uniquement à travers des symptômes (absence de civilités, famille ignorée...);
- « les professionnels parlant entre eux en présence du patient (tâches à réaliser, vie privée...);
- les professionnels n'écouter pas les malades et/ou leurs proches ce qui peut avoir des conséquences parfois lourdes ;
- la négation de la plainte, la non prise en charge de la douleur, des soins réalisés avec brutalité ;
- l'absence du respect de la dignité à travers l'atteinte à l'intimité, des traitements dégradants (ex: recours aux protections pour le confort des soignants), à la confidentialité ;
- la maltraitance liée à des facteurs institutionnels (le manque d'aide lors de l'accueil et parfois *a contrario*, l'excès inverse en psychiatrie) à l'aspect sécuritaire – le manque de disponibilité des professionnels qui sont absorbés par leurs nombreuses tâches – le rythme imposé des soins – le bruit – les dysfonctionnements comme des retards dans les résultats d'examens...
- le non respect des droits : le défaut d'information, la délivrance de l'information parfois faite sans humanité.

Les causes de la maltraitance ordinaire selon les professionnels

Les professionnels ne sont pas ou rarement maltraitants de manière volontaire. Ceux-ci mettent en avant :

- la confrontation avec la souffrance des patients qui peut susciter un sentiment d'impuissance et développer chez les professionnels des mécanismes de défense pouvant les conduire à aborder le patient comme un objet et non plus comme une personne ;
- des conditions de travail difficiles : Les professionnels, unanimement, soulignent l'aggravation de la tension entre la quantité de travail et les moyens mis à disposition (effectifs). Toutefois, une réflexion générale sur les conditions à poser pour une démarche de bientraitance réduirait la maltraitance ordinaire malgré les manques de moyens, selon certains professionnels ;
- les rapports complexes avec les patients et leurs proches : les professionnels peuvent se sentir agressés par les revendications des familles, l'agressivité peut monter de part et d'autre avec comme principale victime le patient lui-même ;
- Un manque de professionnels formés et stables (turn over important, manque de formation spécifique aux pathologies, arrêts de travail difficiles à gérer du fait de la réduction des effectifs ;
- les réformes hospitalières.

Pacte de soin et Alliance Thérapeutique

On ne peut concevoir une relation humaine dépouillée de toute charge affective. En fait, discours et attitudes entraînent les partenaires à un échange qui mobilise autant l'affectivité que la raison. Le champ relationnel est l'espace où chaque individu va pouvoir s'élever au rang de personne, et de ce fait intéresse la pratique soignante.

« L'alliance thérapeutique » est un concept issu de la psychanalyse qui désigne la confiance réciproque qui doit s'établir entre le psychanalyste et son patient pour vaincre les résistances qui s'opposent au changement. Le terme « d'alliance thérapeutique » fut employé par Freud dès 1913.

Un concept masqué⁹

Si l'expression alliance thérapeutique apparaît très tôt dans la littérature psychanalytique, elle est longtemps absente des écrits psychiatriques français. Elle apparaîtra en 2012 dans le « *manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* » de Kapsambelis.

Vidon définit le concept d'alliance thérapeutique comme l'évolution indispensable du rôle de l'intervenant psychiatrique qui a évolué depuis l'approche autoritaire (telle qu'elle pouvait se dérouler dans les conditions de l'hospitalisation) à la nécessité d'une collaboration réelle avec les usagers mais également leur famille.

Pour Kapsambelis, Freud a construit « *sa méthode thérapeutique sur l'idée d'un « pacte » ou d'un « contrat » entre l'analyste et le moi du patient* » permettant à ce dernier de « récupérer » et de gouverner les domaines perdus de son psychisme. Kapsambelis poursuit « bien que par des chemins différents, les notions d'alliance thérapeutique et d'insight restent au cœur de la pratique thérapeutique en psychiatrie.

Elles se sont développées avec l'apport des sciences cognitives et des demandes des patients eux-mêmes et de leurs familles autour de la notion « *d'éducation thérapeutique* » ou « *d'éducation à la santé* ».

⁹ Support Friard Dominique dans dossier Santé Mentale, N° 181, IDE secteur psychiatrique, p. 26 et p.28

Comment se fait l'alliance ?

Le modèle de Bordin est composé de trois parties :

a) Accord sur les BUTS du traitement :

- Les buts (goal) représentent la cible de la thérapie, et comprennent un accord entre le thérapeute et le patient sur les objectifs de la thérapie.

b) Accord sur les tâches à accomplir en thérapie :

- Les tâches (TASK) constituent la substance même de la thérapie, avec une entente entre le patient et le thérapeute sur les activités spécifiques que le patient devra mettre en place ; le thérapeute fournit les tâches à réaliser en fonction du type de thérapie qu'il utilise.

Le patient doit pouvoir comprendre leur pertinence pour rester un partenaire actif.

c) Un lien affectif :

- Le lien entre le patient et le thérapeute (BOND) repose sur l'engagement commun du patient et du thérapeute dans la thérapie ; il se caractérise par une confiance mutuelle, de la sympathie et une compréhension partagée.

De ces travaux vont naître des échelles qui permettront de mesurer l'alliance thérapeutique et d'en référer la réussite ou l'échec de la thérapie.

Dans le terme alliance thérapeutique, il y a le terme d'« alliance/contrat » tripartite : le patient, l'institution, le thérapeute. Il y a également TROIS PILIERS :

- L'intentionnalité de soin,
- La recherche du sens par les pratiques :
 - ✓ Quelle est la demande ?
 - ✓ Le projet est-il réalisable ?
 - ✓ Quelles conditions à la réalisation du projet ?
 - ✓ Quels risques par rapport au changement désiré ?
 - ✓ Quels obstacles s'y opposent ?
- La continuité des soins :
 - ✓ Un thérapeute référent au long cours :
 - ✓ Témoin de l'histoire du sujet
 - ✓ Garant de l'attitude thérapeutique en fonction du projet de soin du patient.

Ces trois piliers demandent un cadre souple et structurant :

- ✓ Beaucoup de temps
- ✓ Un espace évolutif
- ✓ Alternance de présence et d'absence
- ✓ Capacité d'empathie
- ✓ Prise en charge en équipe par un réseau.

Les grands modèles théoriques de l'alliance thérapeutique

a) La psychanalyse appréhende l'**alliance thérapeutique** (AT) à partir des concepts de transfert et de contre transfert. Elle différencie l'union positive de l'analysant et de l'analyste (à la base de l'alliance) et les projections inconscientes du patient (à la base du transfert et des phénomènes de répétition). L'AT serait ainsi un synonyme de transfert positif. La relation de transfert réactualise des relations passées avec le thérapeute.

L'environnement du soin favorisant par nature la dépendance du patient, la relation d'inégalité entre soignant et soigné, tout ceci concourt à la régression du patient. Il n'est donc pas surprenant que l'un des éléments dynamiques de la relation entre soignant et soigné s'appuie sur des données passées, le recours à des affects anciens pour faire face à une situation présente. C'est ce que l'on nomme le transfert, qui pourrait se définir comme une répétition actuelle de modalités relationnelles vécues dans le passé, voire durant l'enfance.

b) L'AT est une condition nécessaire à la réussite mais pas suffisante. Alford et Beck ont défini l'AT comme une relation de collaboration. Ce rapport collaboratif sert de fondement à l'apprentissage qui est lié aussi à la relation thérapeutique et aux changements cognitifs du sujet. Ce sont les « **Thérapies Cognitivo - Comportementales** » (TCC).

Les TCC privilégient une approche technique de la thérapie en utilisant par exemple la technique des 4R : recontextualiser, reformuler, résumer, renforcer.

c) Par l'**approche humaniste** décrite par C. Rogers, l'AT est une relation dans laquelle la chaleur de l'acceptation et l'absence de toute contrainte ou de pression personnelle de la part de l'aidant permet à la personne aidée d'exprimer au maximum ses sentiments, ses attitudes et ses problèmes.

La relation est centrée sur le patient.

d) Par l'**approche systémique**, l'AT se différencie des précédentes dans le sens où l'AT n'est pas à construire entre deux sujets mais entre un thérapeute (la plupart du temps plusieurs) et le groupe familial. Les techniques d'affiliation permettent au soignant, par une attitude active, de devenir acteur dans la pièce familiale, en diminuant la distance entre lui et sa famille.

En conclusion, l'ampleur des abandons thérapeutiques est telle qu'interroger dès la première rencontre (et au fur et à mesure des soins) la qualité du lien entre patient et thérapeute ne peut être que bénéfique au patient et au soignant. Faire en sorte que les buts, les tâches soient clarifiés et négociés ne peut qu'enrichir le travail thérapeutique, même si ce n'est qu'un accord de surface. Il s'agit de penser l'engagement commun dans la durée et non pas seulement à l'aune d'une séance ou d'une série de séances.

La relation et le cadre pourront être attaqués. Bien souvent, ils le seront parce qu'il existe chez le patient une confiance dans la capacité du soignant à supporter ces attaques.

La clinique des alliances conscientes et inconscientes reste encore à construire et à inscrire dans nos pratiques.

Perspectives

La reconnaissance commune des vulnérabilités

La vulnérabilité du latin « vulnus » signifie blessure. Elle traduit, en langage commun, une faiblesse, une déficience, une souffrance, une hypersensibilité susceptible d'altérer voire de détruire l'intégrité d'un être vivant. A première vue, le vulnérable est le patient. La maladie, l'altération physique, la douleur, les bouleversements psychiques l'exposent à la souffrance et ultimement à la mort. Quel rôle peut avoir le soignant face à cette souffrance ?

Le rôle du soignant est de soulager, prendre soin, redonner à vivre un rapport au monde satisfaisant.

Le soignant est confronté à la souffrance de l'autre : son pain sinon sa peine quotidienne ; il est exposé à l'altération de la relation elle-même. Le soignant devient alors, lui aussi, vulnérable. Ceci peut engendrer des émotions pouvant aller de la tristesse à la colère, et parfois générer une certaine violence.¹⁰

La prise en compte de la vulnérabilité n'empêche pas l'action, mais peut la motiver. Elle rend capable cette reconnaissance « d'un fond commun » entre le malade et le soignant et ainsi de corriger l'asymétrie initiale. La souffrance appelle, en réponse, l'empathie du soignant.

L'empathie guide la relation de soin. Une sollicitude, exprimée avec un geste du corps envers un autre dans le besoin, génère des compétences.¹¹

La sollicitude comme soin, est attention au désir et principalement à ce désir de vivre. Le patient vulnérable, diminué dans son pouvoir de dire, de faire, de se raconter, de s'estimer, doit être entendu par le soignant. La sollicitude du soignant est attention aux capacités, elle cherche à ressusciter des capacités là où ne s'éprouvent que des incapacités, ceci pour atteindre les ressources disponibles du patient : volonté de vivre, d'initiative, d'évaluation, de décision. A travers les gestes de soin, il s'agit de lui redonner accès à l'estime de soi, et d'avoir suffisamment confiance en lui pour lui permettre de retrouver confiance en ses propres capacités. Approuver l'existence d'autrui : toutes les

¹⁰ Léger J.-M., Mango J.-G., *Vulnérabilité et troubles thymiques chez le sujet âgé*

¹¹ Joly P., *Souffrance des soignants et réflexion éthique en institution*

attitudes de soin convergent vers cela. La relation de soin est caractérisée par l'asymétrie: l'un est en général debout et l'autre allongé ou assis, l'un vêtu d'une blouse blanche au titre de sa fonction et l'autre en pyjama ou dénudé. L'asymétrie est l'absence de réciprocité. Lorsque l'un donne, l'autre est toujours en position de recevoir. La responsabilité éthique serait de donner priorité à autrui. La dimension éthique de la relation de soin consisterait à accepter de rencontrer l'autre à partir de sa propre vulnérabilité et non à partir de sa puissance. La relation de soin est rencontre de deux vulnérabilités de l'un à l'autre et de l'un par l'autre.

La difficulté du face à face soignant-soigné a besoin d'un code du travail structuré. La parcellisation du travail et l'interruption des tâches peut parfois empêcher une présence continue et personnalisée auprès du patient, ce qui accroît le sentiment d'abandon du soigné, et dévalorise l'activité des soignants. Quand la relation d'aide « tombe malade », la symptomatologie devient celle d'un « burn-out ».

Modalités d'intervention

Auprès des patients

La notion de soins de base en psychiatrie nécessite une connaissance approfondie des pathologies mentales et de leurs répercussions sur la façon de se comporter des patients. Certains troubles mentaux influent notamment sur la représentation qu'ont les patients de leur image corporelle. Par exemple, chez le psychotique, le laisser-aller, la négligence, le laisser-tomber du corps, vont de pair avec le fait qu'il existe une dissociation, c'est-à-dire une rupture entre le corps et l'esprit. Il peut se sentir étranger à lui-même, comme n'habitant plus son propre corps. Il peut également souffrir d'idées délirantes, d'impressions corporelles qui ne lui laissent que peu de répit et entraînent un repli sur soi. Les troubles psychiques peuvent prendre toute la place.

A travers la toilette, le soignant peut aider le patient à réinvestir son corps. Le soin relationnel est tout aussi important que l'acte de toilette lui-même. Il convient de se rendre disponible et de passer par certaines étapes pour tenter de connaître la personne, ses habitudes de vie, son passé, ses goûts, entrer progressivement en contact avec lui, afin de créer un lien de confiance.

Cela nécessite un savoir-faire de la part du soignant :

- respecter la pudeur du patient, en préservant l'intimité pendant la toilette ;
- veiller au bien-être et au respect du patient, en lui expliquant ce qui va se passer, en négociant le rythme, l'horaire, en le mettant en confiance ;
- préserver l'autonomie, en faisant participer le patient, en ne faisant pas à sa place, en différant la toilette si la personne refuse ;
- prendre le temps, en restant calme et compréhensif.

Cela nécessite également un savoir-être : agir avec précaution, douceur, parfois en chantant, en massant, en commençant par les mains ou les bras plutôt que le visage. L'entrée en relation peut se faire par le regard, par la parole (ton doux, formule de politesse), et par le toucher (doux, lent, caressant et annoncé).

Voici quelques exemples du rôle de l'aide-soignant lors de la toilette¹² :

- Chez la personne psychotique :
 - aider le patient à retrouver une unité corporelle en nommant les différentes parties du corps à laver.

¹² Exemples de soins en psychiatrie CHG de Cannes : module 9 d'aide-soignant en psychiatrie.

- lui proposer des vêtements propres car le psychotique n'est pas dérangé par le fait de mettre des vêtements déjà portés et souillés.
- porter une attention particulière à l'hygiène bucco-dentaire chez ces patients souvent gros fumeurs. De plus, les médicaments psychotropes augmentent la plaque dentaire, diminuent le Ph de la bouche et les sécrétions salivaires ce qui favorisent l'apparition des caries dentaires. Ceci peut avoir pour conséquences des difficultés à s'alimenter, à communiquer avec les autres et une dévalorisation de son image.
- limiter le patient dans ses excès. Ainsi certains maniaques voudront changer plusieurs fois de vêtements dans la même journée. Il faudra dans ce cas, les accompagner dans une certaine logique de propreté.
- Chez la personne dépressive :
 - respecter sa lenteur dans ses mouvements afin qu'il puisse se réappropriier progressivement les gestes usuels.
 - favoriser l'émergence du goût pour la propreté, pour les tenues vestimentaires, le maquillage, le soin du corps en général.
- Chez la personne démente :
 - nommer les objets ;
 - éviter le «on» trop impersonnel et le remplacer par un «je» ou un «vous» plus personnalisé ;
 - aider à l'habillage ;
 - respecter la dignité de la personne démente en évitant de l'infantiliser avec des tenues inappropriées.

Au sein de l'équipe

Le soin en psychiatrie ne se limite pas à viser la disparition des symptômes. Il est important que les soignants élaborent ensemble un projet pour la personne hospitalisée, un projet qui soit porteur de valeurs éthiques en étant le garant de l'identité de la personne, par la prise en compte de son histoire de vie, de son contexte familial, de ses habitudes de vie, de ses souhaits. La mise en place de ce projet individualisé et personnalisé permet aux interventions d'être communes et cohérentes.

De plus, les soignants doivent pouvoir trouver un cadre dans lequel s'exprimer et se sentir valorisés par la participation à des discussions interdisciplinaires. Ces échanges permettent d'améliorer la cohérence des décisions, la cohésion d'équipe et de rétablir la confiance entre les soignants.

Lorsqu'une situation est difficile, cela aide les soignants à trouver des points de repères et face à un refus de soin, de s'interroger en tentant de comprendre ce refus. Ils peuvent décrire la situation, évaluer les conséquences pour le patient mais aussi pour les autres (famille, personnel, patients), rechercher les causes à l'origine du problème, et chercher ensemble des solutions.

Conclusion

C'est à partir de l'histoire de vie de la patiente que nous avons pu extraire la pointe du mal être, au-delà ou en de ça de la maladie psychiatrique de celle-ci. Le refus que madame X oppose au soignant s'inscrit davantage dans une crise de communication en lien avec la pathologie mentale de celle-ci. La recherche d'une alliance thérapeutique que l'on appelle pacte de soin peut recréer le lien de confiance entre la personne et le soignant. Cette confiance est nécessaire afin que le patient se sache acteur du soin. La prise en compte des seules composantes sensorielles et affectives de son mal ne suffirait pas à la prise en charge. Seule s'avère réaliste la démarche thérapeutique qui s'ouvre à un accueil de l'autre sans restriction dans l'écoute.

La réflexion éthique doit attirer l'attention sur le fait que la relation soignante avec le patient se situe réellement en terme de présence. Aborder la personne malade dans sa globalité c'est dépasser le symptôme et examiner le sens qu'il prend dans la vie de celle-ci. La réflexion éthique peut paraître difficile en psychiatrie puisqu'il s'agit de la « maladie de la relation à l'autre ». Toutefois nous pouvons appliquer la même éthique de proximité qu'est la présence. Cette présence qui interroge le champ juridique et philosophique nous indique inéluctablement le sens du respect et de la dignité.

La dignité humaine est inhérente, inaliénable, intrinsèque à la vie humaine. C'est une référence majeure mais combien fragile. L'être humain dont nous respectons la dignité est celui qui, malgré des conditions extrêmes (que ce soit au niveau social ou pour raison de santé) pourra, seul ou accompagné, rebondir. La dignité se vit dans le respect de la vulnérabilité de l'autre. « *La solidarité humaine donne le juste sens de la dignité.* »¹³

Prendre soin de l'autre serait lui permettre de se maintenir en projet, en relation. L'unité du genre humain nous maintient dans l'universalité de la dignité humaine.

Notre présence, c'est-à-dire notre manière d'être avec notre psychisme, avec notre histoire est en relation avec le psychisme, l'histoire d'autrui, sa globalité physique, psychique, spirituelle et sociale. Dans la présence à l'autre, le corps est relation. Pour le philosophe Emmanuel Lévinas, dont la philosophie est centrée sur la question d'autrui, l'importance du regard porté sur l'autre est essentielle : on peut en effet soit le dévisager, en rester aux apparences, ou au contraire les dépasser pour envisager au-delà la grandeur de l'humain. Cette attitude éthique du regard qui considère chaque personne, digne de respect, porteuse de valeurs, contribue à la qualité de la vie : une éthique du regard. C'est donc un être unique, se définissant en relation, se construisant jusqu'à la fin de ses jours, capable d'initiative et d'autonomie, malgré ses dépendances.

¹³cf. Paul Valadier, philosophe cour , *La dignité humaine et ses remises en cause*, formation éthique biomédicale 2005/2006 Centre Sèvres, Paris.

Etre dans le juste sur le plan éthique, selon Paul Ricoeur, nécessite de garder l'estime de soi, tout en ayant de la sollicitude pour l'autre.

La relation juste se situe au-delà du soin technique, au-delà de la compréhension immédiate. La relation, compagne de l'homme, est celle qui va lui permettre d'être ou ne pas être, celle qui va lui permettre d'advenir de manière singulière avec autrui. Ainsi la relation juste permettra au soignant de travailler sur son sentiment d'échec et de tenir dans la durée lors d'une souffrance trop prolongée par exemple. Se maintenir dans la relation avec la personne en souffrance signifie que chaque partenaire se contraint à des déplacements intérieurs profonds et accepte les déplacements de l'autre.

Parfois la violence voudrait que l'on quitte « *la relation ce qui pourrait conduire à un sentiment de culpabilité face à un abandon* ». ¹⁴ Lorsqu'on établit une relation avec celui qui souffre, rien n'est construit d'avance. Toute parole, tout geste peut être déplacé, mal interprété. La violence de la souffrance nous oblige à un langage symbolique, la bienveillance peut se traduire comme agression. C'est pourquoi la relation d'accompagnement des grands souffrants nous laisse souvent dans le silence. « *Le sentiment de ne pouvoir soulager, l'impuissance à faire cesser l'intolérable sont pour l'accompagnant, la cause d'une souffrance profonde. Alors que la rencontre pourrait se faire dans le plus grand silence, chacun essaye de trouver une issue dans des discours pré typés comme cherchant une fenêtre entrouverte pour lutter contre l'étouffement de l'insupportable.* » ¹⁵

Parce que la bientraitance nous invite à une relation juste, elle nous rappelle inévitablement notre propre vulnérabilité.

Parce que la présence est quelque chose de fragile, nous devons toujours nous dire que la maltraitance n'est pas loin. Les équilibres sont toujours à reconquérir. C'est pourquoi le soin sous contrainte interpelle l'obligation de lien.

L'humanité, lieu de la dignité de chacun, lieu du respect que chacun se doit à lui-même et doit à l'autre, fait que l'homme est Homme.

¹⁴Bernard Matray, *La présence et le respect*, édition DDB, p. 126

¹⁵Ibid., p. 129

Cadre législatif

Déclaration des droits de l'homme (10/12/1948) Art. 1, 3, 5, 12, 22, 27

Art. 1 – « Tous les êtres humains naissent égaux et libres en dignité et en droits ».

Art. 3 – « Tout individu a le droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne ».

Dans une promotion de la bienveillance, il faut apporter une attention particulière à la liberté

Art. 22 – « Toute personne en tant que membre de la société a le droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité (...) »

La personnalité est tout ce qui fait la singularité de chacun. Si on fait disparaître les symptômes, on touche à ce qui fait la personne. C'est le risque en psychiatrie

Déclaration des droits des personnes handicapées (9/12/1965) Art. 3, 5, 9

Art. 3 – « La personne handicapée a essentiellement droit au respect de sa dignité humaine. Elle (...) a les mêmes droits fondamentaux que ses concitoyens du même âge ».

Art. 5 – « La personne handicapée a droit aux mesures destinées à lui permettre d'acquérir la plus large autonomie possible ».

C'est la capacité à choisir sa propre vie, à prendre ses propres décisions (indépendance : possibilité de mettre en œuvre ses décisions sans avoir recours à autrui)

Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante (2007) Art 1, 2, 5, 6, 9, 10

Art. 1 – « Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

Art. 2 – « Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir son lieu de vie adapté à ses attentes et à ses besoins »

En psychiatrie c'est parfois compliqué de savoir ce que veut le patient.

Recommandations de l'ANESM pour la bientraitance

- Le patient est co-auteur de son parcours (accompagnement à l'autonomie, communication individuelle et collective, un projet d'accueil et d'accompagnement défini et évalué).
- La qualité du lien entre professionnels et patients (le respect de la singularité fondement de l'intervention, la vigilance concernant la sécurité physique et le sentiment de sécurité, un cadre institutionnel stable).
- L'enrichissement des structures et des accompagnements par toutes les contributions internes et externes pertinentes (travailler avec l'entourage et respecter les relations de l'usager avec ses proches, l'articulation avec les ressources extérieurs, la promotion de l'expression et de l'échange des perspectives, l'ouverture à l'évaluation et à la recherche).
- Le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance, une promotion de la parole de tous les professionnels, une prise de recul encouragée et accompagnée, un projet d'établissement ou de service construit, évalué et réactualisé avec le concours des professionnels et garant de la bientraitance.

Bibliographie

Avis n°2 du Comité d’Ethique de l’hôpital Esquirol sur l’usage des contentions à visée thérapeutique.

CAVANCHY Bénédicte, *L’alliance thérapeutique à l’hôpital de jour, l’élan retrouvé*, thèse 2010, doctorat en médecine, Paris Université Paris V.

Espace éthique région Île-de-France, *Refus de soins : de la confrontation à la négociation*, juillet 2014 .

Espace national de réflexion éthique sur la maladie d’Alzheimer, *Le refus de soins en gériatrie*, mars 2011.

Exemples de soins en psychiatrie CHG de Cannes : module 9 d'aide-soignant en psychiatrie.

FRIARD Dominique dans dossier Santé Mentale n° 181, OCTOBRE, p. 26 et p.28.

FURTOS J., *Souffrance et société. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale*, Mental'idées n°11. 24-33,2007

JOLY P., *Souffrance des soignants et réflexion éthique en institution*.

LEGER J.-M., MANGO J.-G., *Vulnérabilité et troubles thymiques chez le sujet âgé*.

LE ROUX Véronique, *La toilette d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer peut être difficile*, mémoire de DIU soignant en gérontologie, promotion 2007-2008.

MATRAY Bernard, *La présence et le respect*, édition DDB

SALAÛN Marie-Anne, *Réflexion éthique autour du refus de soins ou de traitements chez une personne vulnérable ; à propos d'une situation clinique*, mémoire de DU Ethique de sciences de la vie : soins, santé, société, promotion 2013-2014.

TASSY Sébastien, LE COZ Pierre, *Refus de soin et maladies contagieuses : au-delà de la menace biologique, une menace sociologique ?*, Natures Sciences Sociétés 2006/2 (Vol. 14).

VEDIE Christian et al., *Syndrome de Diogène et appartement communautaire*, PerspectivesPsy 2006/3 (Vol. 45).

ZIELINSKI A., *Vulnérabilité dans la relation de soin*.

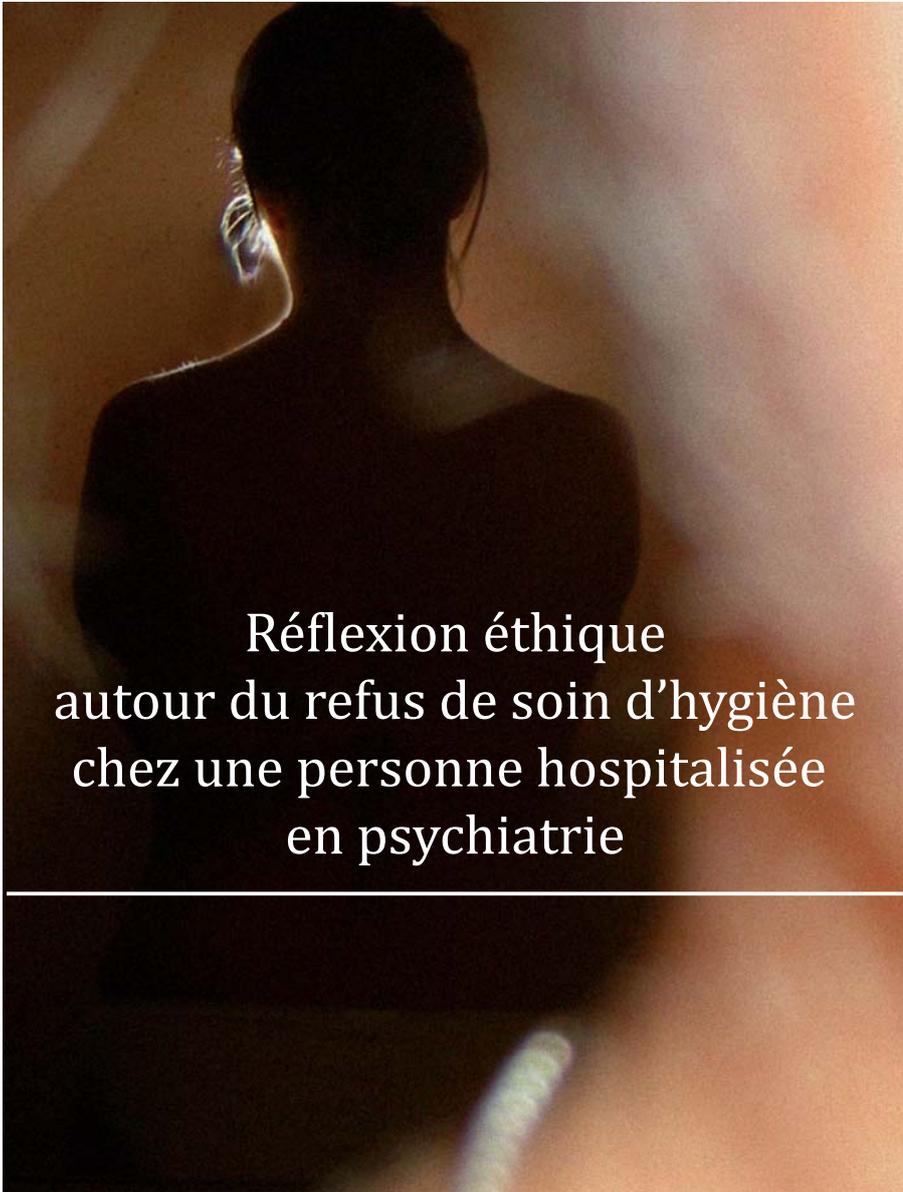
Ce document a été élaboré
lors de réunions du Comité Ethique
et finalisé en Décembre 2015.

Ont participé à son élaboration :
Brigitte Boury, Aide-soignante à Saint-Luc,
Jennifer De Castro, Infirmière au CMP de Lannion,
Catherine Gervais, Infirmière à l'AMP de Lannion,
Sylvie Lemonnier, Psychologue au CMPEA, CATTP et CMP de Lannion,
Gaëlle Picard, Psychologue à Ker Avel,
Jean-Claude Lemerrier, Aumônier
de la Fondation Bon Sauveur de Bégard.

Qu'ils soient remerciés pour leur contribution.



initiales fbs | numéro spécial



Réflexion éthique autour du refus de soin d'hygiène chez une personne hospitalisée en psychiatrie

Exemplaires disponibles sur demande :
Fondation Bon Sauveur | 1 rue du Bon Sauveur | 22140 Bégard
Tél. 02 96 45 37 01 | directiongenerale@fondationbonsauveur.fr

Publié par le Comité éthique de la Fondation Bon Sauveur
finalisé en Décembre 2015 et publié en Janvier 2016