

Alain Bouregba

**Le soin
psychique**

Psychanalyse
et accompagnement
de la personne

DUNOD

NOUS NOUS ENGAGEONS EN FAVEUR DE L'ENVIRONNEMENT :



Nos livres sont imprimés sur des papiers certifiés pour réduire notre impact sur l'environnement.



Le format de nos ouvrages est pensé afin d'optimiser l'utilisation du papier.



Depuis plus de 30 ans, nous imprimons 70% de nos livres en France et 25% en Europe et nous mettons tout en œuvre pour augmenter cet engagement auprès des imprimeurs français.



Nous limitons l'utilisation du plastique sur nos ouvrages (film sur les couvertures et les livres).

*À Christel mon épouse
pour son soutien éclairé*

Sommaire

<i>AVANT-PROPOS</i>	IX
<i>INTRODUCTION</i>	1
1. La psychanalyse	11
2. Les faits psychiques et mentaux	41
3. Sentir et percevoir	53
4. De la pensée et de la réflexion	67
5. De la conscience, du non-conscient et de l'inconscient	85
6. L'apport de la psychanalyse au soin psychique	103
7. Le soin psychique	107
8. L'observation	119
9. L'écoute	133
10. L'accueil	151

VIII SOMMAIRE

<i>CONCLUSION</i>	159
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	175
<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	179

Avant-propos

DEPUIS 40 ans, j'écoute et soutiens des personnes confrontées à une situation douloureuse et difficile — la maladie, la leur ou celle d'un proche, l'incarcération d'un parent — ou à des ruptures familiales conflictuelles. Ce soutien ni n'efface, ni ne réduit ces circonstances malheureuses et pourtant il est utile.

Pourquoi ? Comment ? Jusqu'où ? Telles sont les questions que ce livre a voulu éclairer de considérations épistémologiques et de contributions pratiques et cliniques.

Éclairer et non répondre, il appartient à chaque praticien du soin psychique de formuler ses réponses même si aussitôt fait, je les encourage à en douter.

Les questions en effet libèrent la pensée et motivent la réflexion alors que les réponses les suspendent ; à moins qu'elles ne conduisent à s'interroger davantage.

Comme la fin d'une réflexion devrait toujours être le commencement d'une nouvelle, dans ce livre comme dans beaucoup d'autres, il est possible d'en commencer la lecture par celle de sa conclusion.

Introduction

LE SOIN

Prendre soin, c'est manifester de la sollicitude, préserver ou agir dans l'intérêt de ce dont nous prenons soin. La notion de soin s'emploie dans de nombreux contextes : il prend soin des intérêts patrimoniaux de sa pupille, l'esthéticienne propose des soins de beauté, les unités de soins palliatifs, les soins infirmiers, les soins spirituels ou encore, prendre soin d'un local ou d'un livre emprunté. L'origine du substantif est incertaine, elle pourrait être germanique et, dans ce cas, commune à celle du substantif *souci*, mais elle pourrait aussi être un dérivé du latin « *somnium* » ou *songe* en français. Si les deux origines sont possibles, c'est que leurs significations sont proches. L'une et l'autre renvoient à l'idée de se préoccuper, de se soucier, ou de songer à un autre.

Le verbe latin « *solliciti* » se traduit en français par le verbe *s'inquiéter*. L'expression « manifester de la sollicitude » équivaut à « se soucier de », ou « s'inquiéter pour », en d'autres termes « prendre soin ». Certes, l'expression *prendre soin* ne s'utilise pas exclusivement, comme c'est le cas pour la sollicitude, vis-à-vis d'un autre humain. On prend soin d'un livre et de façon plus générale d'un objet qui nous est précieux. Mais, prendre soin d'un objet qui nous a été transmis ou confié n'équivaut-il

pas à une manière de manifester de la reconnaissance, du respect et de la sollicitude vis-à-vis de la personne à qui nous l'avons emprunté ou qui nous l'a transmis ?

Certes, les soins se différencient les uns des autres par leur destinataire, les modalités de leur mise en œuvre et les techniques qui leur sont propres. Mais quels qu'ils soient, ils supposent un lien de sollicitude de l'acteur des soins vis-à-vis de ceux auxquels ou pour lesquels ils sont prodigués. Deux actions analogues utilisant les mêmes techniques, peuvent pour l'une être un soin et l'autre ne l'être pas. Les propriétés techniques d'une action ne suffisent pas à en faire un soin.

L'article 58 du Code pénal adopté en octobre 1960 par le Soviet suprême de l'URSS prévoyait que « les acteurs d'actes socialement dangereux commis dans un état de démence [...] peuvent se voir imposer par le tribunal des mesures médicales obligatoires ». Cette disposition pénale a permis le redoutable essor, dans les années 1960, de la psychiatrie punitive en URSS. Cette psychiatrie judiciaire assimilait la dissidence à une démence censée être déterminée par des processus schizophréniques latents se développant lentement. Entre 1940 et 1970, 1 802 patients décèdent à l'hôpital psychiatrique pénitentiaire de Kazan.

En 1977, le VI^e congrès de l'association mondiale de psychiatrie condamne l'utilisation de la psychiatrie à des fins politiques et appelle les associations professionnelles des pays dans lesquels les abus de psychiatres sont pratiqués, à les condamner et à les faire disparaître. La Société internationale scientifique des neurologues et des psychiatres d'URSS se retire de l'Association mondiale de psychiatrie en 1983 à la veille du VII^e congrès de l'organisation où son exclusion semblait acquise.

Entre 1935 et 1976, en Suède, 63 000 personnes ont été stérilisées, par salpingectomie¹ ou vasectomie², la grande majorité d'entre elles contre leur volonté. Au Danemark, 32 000 stérilisations sont effectuées ; en Norvège 40 000, dont 16 000 sur des déficients intellectuels ; en Finlande plus de 58 000. Durant quatre décennies, les conceptions eugénistes ont, dans l'ensemble des pays scandinaves, inspiré une législation autorisant

1. Ablation des trompes de Fallope.

2. Méthode de stérilisation masculine par section des canaux déférents.

la stérilisation non consentie des handicapés mentaux et la proposition de stérilisation aux personnes non affectées d'un trouble mental, mais socialement en difficulté. En 2003, une commission d'enquête qui y travaillait depuis quatre ans remettait au ministère des Affaires sociales suédois, son rapport dans lequel elle relevait : « la passivité et le silence du Parlement et du gouvernement – sur les critiques émises dès 1947 sur cette politique d'hygiène sociale et raciale – a sans conteste permis que des individus soient stérilisés à leur insu ou sans leur assentiment pendant les années 1960 et 1970 ». Cette commission avait annoncé en 1999 l'indemnisation des victimes de stérilisations forcées.

Ces épisodes de l'histoire contemporaine, comme d'autres dont la liste suffirait pour noircir les pages de la rétrospective volumineuse des heures les plus sombres de l'histoire, disent comment des techniques médicales ont parfois été l'instrument privilégié de projets contraires aux droits humains les plus fondamentaux. Les techniques utilisées par une pratique, qu'elles soient médicales, d'aides sociales ou éducatives, ne suffisent pas à les qualifier de soin. Un soin à un autre humain, quel que soit son objet, est qualifié à l'être à partir de l'intention sur laquelle il repose : le souci primordial du soignant pour l'intérêt de l'autre auquel il prodigue ses soins.

Le prendre soin présuppose que l'intérêt de la personne objet du soin prévale sur toute autre considération. Cependant, un soin ne se limite pas à une intention, c'est une action dont il appartient au sujet auquel il est prodigué de valider le caractère bienfaisant. L'intention bienveillante est une condition nécessaire pour qu'un soin le soit, pour autant, est-elle une condition suffisante ? Une noble intention ne suffit pas à faire une juste action. La sagesse populaire ne nous rappelle-t-elle pas que l'enfer est pavé de bonnes intentions ? Il est permis de qualifier de soin, un traitement que dans le cas où le sujet soigné exprime les bienfaits, le mieux-être ou des soulagements que lui a procurés le soin reçu. Par ailleurs, quel que soit le domaine d'application du soin, il suppose des savoir-faire et des techniques utilisées avec plus ou moins d'habileté.

Qualifier une action de soin suppose : qu'elle ait exclusivement pour but l'intérêt de la personne à laquelle le soin est prodigué, qu'elle soit reconnue comme un soin par son bénéficiaire et enfin que son exécution soit conforme à des normes techniques établies et évaluables.

Le soin est un **concept holistique, la nature d'une action ne suffit pas à prédire qu'elle sera un soin ; elle ne peut l'être que dans certaines configurations parmi lesquelles l'intention et les compétences du soignant mais aussi la sensibilité du soigné jouent un rôle déterminant.**

TRAITER ET SOIGNER

Tous les traitements ne sont pas des soins, et un soin n'a pas pour finalité exclusive la résolution d'un trouble ou d'une difficulté. Dans un grand nombre de situations difficiles et douloureuses, comme nous les rencontrons chez les personnes confrontées au cancer, des soins psychiques, esthétiques ou sociaux sont prodigués, sans qu'aucun de ces soins ne prétendent concourir au traitement des tumeurs cancéreuses. Certes ils concourent au bien-être du malade, mais aucune étude sérieuse n'administre la preuve qu'ils concourent à leur guérison. Prendre soin d'une personne confrontée à des difficultés ni ne signifie, ni ne nécessite le traitement de ces difficultés. Nous prenons soin d'une personne et nous traitons les difficultés auxquelles elle est confrontée. Appliquée à la psychologie, la limite qui oppose les deux pratiques est suffisamment poreuse pour nous inciter à ne pas arrêter à ce seul critère la distinction entre le traitement et le soin.

Le soin s'attache au soutien et à l'accompagnement d'un sujet confronté à une difficulté, quelles qu'en soient l'origine et les causes, et sur lesquelles le soignant n'exerce aucune influence. Le traitement s'attache à réduire les effets d'un processus dont il ne connaît pas toujours et précisément les causes. Les soins soulagent et c'est la raison pour laquelle ils concourent souvent à la réduction des effets d'un événement ou d'un phénomène douloureux, sans pour autant avoir eu l'intention d'agir sur cet événement ou phénomène. Pareillement un traitement soulage sans pour autant guérir,

aussi s'apparente-t-il à un soin. Ce n'est donc pas dans leur effet effectif qu'il nous faut chercher le moyen de différencier le traitement du soin.

Nous prenons soin d'un sujet, alors que nous traitons un trouble. Le soin implique une mise en relation profonde entre le soignant et celui qui vient à sa rencontre. À l'inverse d'un traitement qui peut être administré sans mise en relation profonde entre le traitant et son patient.

La confrontation à une situation douloureuse — comme le sont une perte, une séparation ou une rupture affective, mais aussi les mises à l'écart ou des déclassements professionnels et encore l'annonce d'une maladie grave somatique ou mentale — imprègne d'inquiétude, de tristesse et réduit la confiance en soi. Cet abattement est variable d'un sujet à l'autre dans ses manifestations, sa durée et son intensité. Mais dans tous les cas, il replie le sujet sur lui-même, d'où son immersion dans la sensation d'être seul face à l'adversité et d'être incompris.

Même s'il est déterminé par les circonstances malheureuses auxquelles le sujet est confronté, cet abattement s'apparente à un état dépressif. Pourtant, les proches ne se méprennent pas et écartent le risque d'un état morbide s'installant durablement. Ils s'attristent de cet état, mais ni ne s'en effrayent, ni ne se questionnent sur l'équilibre psychique de leur proche en difficulté.

Depuis l'annonce de la présence sur les os de quelques métastases, elle est figée dans une torpeur, évite les contacts et du matin au soir elle est assise dans la pénombre. Ses proches s'attristent et s'inquiètent. Cependant aucun d'eux ne doute qu'aux premiers effets positifs de la chimiothérapie qui lui est proposée, sa dépression cessera. Les personnes affectées d'un trouble schizophrénique sont fréquemment confrontées à des regards moqueurs, réprobateurs voire hostiles, ils en éprouvent une douleur vive et durable qui accentue leur solitude, mais qui est étrangère à leur pathologie. Pour autant et à l'inverse des états morbides somatiques, les douleurs psychiques des personnes atteintes d'un trouble psychotique sont abusivement attribuées à leur trouble, et non pas aux réactions de mise à l'écart auxquelles leur trouble les expose. À l'exception des personnes affectées d'un trouble mental, toutes les personnes confrontées à une situation difficile bénéficient du soutien psychologique de leurs proches, et ces soutiens suffiront le plus souvent à panser leurs blessures psychiques.