

La temporalité du chemin clinique

Annick Perrin-Niquet

DANS **PRATIQUES EN SANTÉ MENTALE 2019/2 65e année** , PAGES 44 À 51
ÉDITIONS **CHAMP SOCIAL**

ISSN 1286-1286

ISBN 9791034604944

DOI 10.3917/psm.192.0044

Date de mise en ligne : 04/06/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2019-2-page-44?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Champ social.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.



Annick Perrin-Niquet

La temporalité du chemin clinique

Annick Perrin-Niquet

Fondation ARHM*,
Chargée de formation,
Institut Régional Jean Bergeret,
Cadre supérieur de santé Psychiatrie, Lyon 8.
Annick.PERRIN-NIQUET@arhm.fr

Résumé

La notion de rétablissement se présente comme objectif pour donner du sens, un but au parcours de vie. Il vise à développer l'autonomie et à procurer du pouvoir d'agir. Pour y parvenir, Annick Perrin-Niquet décrit un chemin clinique associant aux soignants les autres acteurs de la vie sociale. La relation soignante doit respecter une temporalité propre à chaque étape de la rencontre. Parvenir à l'alliance thérapeutique implique un travail sur les défenses pour une mise en confiance.

Mots-clés :

Alliance thérapeutique, autonomisation, chemin clinique, temporalité.

Pour l'OMS, la santé mentale est « un état de complet bien-être physique, mental ou social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles ». Beaucoup de facteurs influencent la santé : physiologique, biologique, psychologique, social, économique, culturel, démographique.

Dans cette conception de la santé mentale, la maladie est une rupture de l'équilibre entre l'homme, son environnement, sa vie intérieure. Lorsque cette rupture advient, le recours aux soins est parfois indispensable. Dès lors, le chemin clinique que va vivre la personne concernée n'est pas forcément naturel ni évident, d'autant qu'il s'opère dans une temporalité.

* ARHM : Association et Recherche pour le Handicap santé Mentale, Fondation d'utilité publique.

SANTÉ- MALADIE, UNE APPROCHE GLOBALE

La maladie est un processus dynamique et évolutif qui connaît différentes phases : les signes avant-coureurs, la phase de crise, la phase d'état, le rétablissement, le handicap psychique. Le rétablissement et la guérison ne sont pas forcément un retour à l'état antérieur, l'expérience de la maladie étant passée par là. Enfin, il y a une interdépendance entre santé/maladie et autonomie/ dépendance.

Dans ce processus, la notion de rétablissement en psychiatrie prend désormais une place centrale.

La notion de rétablissement

D'un point de vue historique, la psychiatrie, ne s'est jamais tenue très loin de cette notion. En voici quelques exemples.

Au XIX^e siècle, Pinel évoque « le sujet derrière la folie ». Bleuler lui, en 1911, nomme « la double comptabilité conjonctive » le fait qu'il y ait à la fois un ancrage dans la réalité et en même temps un ancrage dans les symptômes, notamment délirants. En 1974, Bion conçoit une co-existence de la « part malade et la part non malade ». Et encore en 2008, Genard et Cantellii, à partir de l'« anthropologie conjonctive », reconnaissent qu'un homme peut être à la fois responsable et irresponsable, capable, et incapable.



Enfin, si la psychiatrie n'a pas utilisé précisément le terme de rétablissement mais plutôt de stabilisation, elle s'est organisée autour des soins de réadaptation. Ces derniers visaient la (ré) insertion de la personne en milieu écologique, notion très présente dans les principes de la sectorisation. De nombreuses activités et groupes thérapeutiques utilisant des médiations ont permis de mobiliser et développer les

ressources cognitives et les habiletés psychosociales des patients, lors de séjour en hospitalisation, en structures ambulatoires, dans la cité ou encore au domicile du patient. Avec l'amélioration de la compréhension du fonctionnement cognitif, comportemental et émotionnel, les neurosciences ont favorisé le développement des soins à mettre en œuvre dans le cadre de la réhabilitation psychosociale pour soutenir le rétablissement du patient.

Le rétablissement est à appréhender comme un processus, celui du patient ; il mobilise la « partie saine » du sujet : à partir du travail expérientiel émerge à nouveau un sujet, comme dans un mouvement dialectique entre la personne et le malade.

L'un des concepteurs du mouvement du rétablissement, Bill Anthony, explique en 1993 : « Le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale ».

Pour Corin, en 2002, « le rétablissement implique [...] un travail lent, progressif, de réapprovisionnement d'un rapport à soi, de relance personnelle qui permet et soutient une ouverture sur soi et le monde. C'est une notion qui se déploie nécessairement vers une pluralité de voies ». Le rétablissement dépasse donc largement la suppression ou la réduction des symptômes ou encore l'acquisition de compétences instrumentales.

Cette notion a permis de dépasser l'approche péjorative de la mise en avant du caractère chronique des troubles psychiques, qui enfermait le patient dans un statut de malade plutôt que d'une personne souffrant d'une maladie et pouvant se rétablir. Les soignants étaient donc centrés également sur la vision d'une maladie au long cours, avec des périodes de rémission, couronnée d'un « va bien en ce moment ». Avec cette notion de rétablissement, les équipes de soins doivent modifier leur approche relationnelle et leur posture clinique. Enfin, pour le patient, son entourage, les aidants professionnels, le rétablissement est un message porteur d'espoir.

Il s'agit pour tous désormais de considérer que le patient reprend pied dans l'existence, se sent reconnu comme une personne ayant retrouvé une position d'acteur et de sujet. Aussi, la notion de rétablissement nécessite de resituer les droits de la personne qui sont ceux de tout citoyen. Et ceci en ayant le souci permanent de sortir des discours et d'agir dans ce sens. Comme le disait Jankélévitch, « n'écoutez pas ce qu'ils disent, regardez ce qu'ils font » !

LE CHEMIN CLINIQUE

Les troubles mentaux, source d'une extrême souffrance pour la personne et son entourage, impactent toutes les dimensions de la vie de la personne. Il ne peut y avoir de soin que si une demande émerge. Or, c'est souvent lors d'une crise ultime que le soin va s'enclencher, une crise avec un phénomène d'éclatement, une perte de repères, une désorganisation ou un « gel » de certaines zones du psychisme, un passage à l'acte. Une crise qui peut conduire à des soins sans le consentement du patient.

La rencontre

La première phase du soin consiste de travailler l'accrochage et l'alliance thérapeutique. La « clinique » implique une rencontre avec le malade, un « être avec lui ». Le chemin clinique n'est pas le parcours de soins. Le parcours de soins est défini par des autorités sur un territoire de santé mentale. Le parcours de soins est un concept, une organisation de soins pensée de la prise en charge globale du patient dans l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire au social et médicosocial, dans une dimension temporelle et spatiale.

Le chemin clinique est d'une toute autre nature. Il est un processus : d'étapes en étapes, le patient, son entourage et les soignants vont suivre le rythme de la personne concernée. Elle-même ne fera que ce qu'elle pourra, confrontée à la dimension complexe de la vie psychique, mentale, cognitive, avec notamment ses déterminants inconscients. La nature des troubles peut induire un déni, une dénégation, des résistances aux soins. Patient et soignants partagent un même but : passer de la maladie au rétablissement.

L'itinéraire du chemin clinique se construit donc « chemin faisant », patient et soignants, ensemble. Pour le patient, le chemin est constitué d'un ensemble de passages : la souffrance, la prise de conscience de la maladie, la reconnaissance des troubles, l'acceptation des soins, les traitements, la rechute, le rétablissement, éventuellement le handicap psychique.

Le soin

Se soigner nécessite la mobilisation d'une détermination, des efforts, d'une lutte, de la patience, et l'acceptation des mouvements de résistance, de découragement, de vulnérabilité. Soigner nécessite la mobilisation de compétences cliniques, de l'empathie, d'un engagement, de la souplesse, de la mobilité, et d'un pouvoir d'agir (autonomie professionnelle), d'une posture dans la relation de soin qui favorise l'*empowerment* des patients, et enfin la conviction que le patient se rétablira.

Dans une vision psychodynamique, le soin vise un travail de réconciliation avec un soi apaisé, réunifié, orienté dans le temps, l'espace, un sentiment d'identité, en relation avec son environnement et autonome. Il s'agit de retrouver « un chez soi d'abord », être dans son « for intérieur », dans son intériorité : ou comment s'habiter soi-même ? Le chemin s'effectue avec l'aide de passeurs : le(s) soignant(s), et un vecteur, la relation thérapeutique.

Le rétablissement

Sur ce chemin, le rétablissement est d'abord individuel et personnel. La crise passée, le patient va avoir besoin de s'ancrer dans un espace social, une microsociété. C'est ce qu'offrent le groupe de soin, l'espace collectif des structures de soins ambulatoires (HDJ, CATTP) et le GEM, dans un autre registre que le soin. Autant dire, des lieux et des espaces soutenant, accueillants, tolérants, fiables.

Ces lieux constituent un terrain d'expérimentation et de développement potentiel de nouvelles habiletés, du renforcement des capacités, d'une nouvelle façon d'être à soi-même et aux autres. Ils sont indispensables à la phase de « consolidation ». Mais ils ont également une valeur très importante : celle de la rencontre avec des pairs où vont s'éprouver soutien, amitié, espoir, témoins du rétablissement.

Enfin, le retour à la vie sociale, à la communauté, dans une autonomie, et sur des bases fondamentales et structurantes :

- le fait de se sentir relié aux autres, au monde ;
- la reconstruction des interactions sociales ;
- le réinvestissement de centres d'intérêts, de plaisirs, des loisirs, une activité ;
- la capacité à prendre soin de soi, un plaisir à être ;
- l'enrichissement de relations personnelles, familiales.

Les lieux de la clinique

Le recours au soin fera l'objet d'une concertation avec le patient. Différentes possibilités existent.

Les principes de la psychiatrie de secteur sont : l'accès aux soins, la continuité, la proximité, la permanence des soins, une même équipe.

La psychiatrie de secteur a conçu une continuité de la prise en charge des patients avec une offre de soins complète :

- soins ambulatoires, soins hospitaliers, soins à domicile ;
- des soins curatifs, éducatifs, de réhabilitation psychosociale, des suivis thérapeutiques, des démarches et accompagnements.

Le recours aux soins peut aussi s'orienter vers le secteur libéral, un psychiatre, un psychologue, un médecin généraliste ou encore vers l'hospitalisation privée.

Enfin, avec l'accord de la personne, la famille pourra être associée. Mais la multiplicité des lieux et des liens peut être source de difficultés pour la personne.

Le travail clinique

Le soin vise un apaisement de la souffrance, une réduction des symptômes, la restauration des capacités de la personne pour l'aider à retrouver un ancrage dans la vie personnelle, la restauration de la capacité à établir des liens interpersonnels.

L'approche clinique est intégrative avec la mobilisation des théories et outils thérapeutiques pour situer l'aide au plus près des besoins du patient, sur le continuum maladie-rétablissement. La démarche clinique humaniste et expérientielle participe de la transformation du fonctionnement de la personne à long terme. La relation d'aide et la psychothérapie vont chercher à développer l'estime de soi, la déculpabilisation, le renforcement des assises narcissiques, un sentiment de sécurité interne. Par ces méthodes, va s'opérer un travail de réappropriation existentielle de son histoire personnelle intégrant cette expérience de la maladie et du rétablissement, par le patient. En cela, elles forment le socle de la démarche clinique avec la fonction de contenance, le *holding*, le *handling*. Enfin, le travail de psychoéducation va développer les compétences psychosociales et renforcer les facteurs de protection.

L'organisation du suivi thérapeutique part du projet de soin, normalement co-construit avec le patient, il comporte la recherche de solutions concrètes, les directives anticipées. Et les compétences multiples autour du patient : médicale, paramédicale, psychologique, socioéducative...

CHEMIN CLINIQUE ET PARCOURS DE VIE

Si les soignants de la psychiatrie sont du côté du soin, les équipes du secteur social, médicosocial sont du côté de la vie et des projets de la personne.

À partir des missions et des compétences respectives du secteur sanitaire, social, médicosocial, du libéral, les collaborations pluriprofessionnelles sont au service de l'équilibre de la personne, des aidants et des professionnels. Le parcours de la personne inclut des soins spécifiques et en réseau autour d'elle. Bien sûr, les articulations nécessitent la construction d'accordages explicites entre les équipes et avec le patient, dans « le qui fait quoi ». Et bien sûr, la volonté de travailler ensemble.

Ces articulations sont prenantes et coûteuses pour les établissements : échanges, courriers, téléphones, rendez-vous, visites, réunions, ...Elles doivent être pensées et organisées pour exister et être efficaces.

LA TEMPORALITÉ ET LE TEMPS

La temporalité prend sa place dans la notion de temps. Elle se situe dans une dimension subjective et donc dans une singularité. On ne saurait la dissocier de la notion du temps propre à un itinéraire clinique, un temps incontournable et incompressible. Il est toujours possible de penser une définition théorique de temps que doit ou devrait prendre une prise en charge. Mais cette définition ne pourra que rencontrer, s'opposer à la temporalité inhérente au « travail psychique ». Il faut parfois du temps, beaucoup de temps à chaque étape de soins.

De nouveau : la rencontre

De nombreux paramètres vont mobiliser du temps pour le patient, les proches, à commencer par la reconnaissance des difficultés, la demande de soins.

Le temps de :

- la création de la rencontre ;
- la mise en confiance ;
- l'engagement dans les soins ;
- la continuité des soins ;
- la singularité des situations.

Et pour le soignant, l'équipe, le temps de :

- l'accueil de la personne, l'accueil de sa souffrance, l'écoute, l'évaluation des difficultés ;
- l'analyse de la demande ou de l'absence de demande de soins ;
- la création des conditions de la rencontre et la réussite de la rencontre ;
- la mise en confiance, la motivation de soigner ;
- l'engagement dans les soins et de leur continuité, des compétences ;
- la singularité des situations.

Les proches ont besoin de temps, d'informations et de guidance pour identifier la nature des troubles et les recours à mettre en œuvre.

Le temps du travail clinique

Beaucoup de temps sera mobilisé :

- le temps du travail sur les défenses, la résistance ;
- le temps de l'alliance thérapeutique ;
- le temps de l'analyse et de la compréhension individuelle et collective ;
- le temps du développement de l'insight ;
- le temps de travail psychique, affectif, cognitif, relationnel ;
- le temps de la répétition nécessaire pour construire ;
- et le temps de la « consolidation ».

Le temps du travail psychique est un temps incompressible, imprévisible ; les processus sollicités sont difficilement maîtrisables, contrôlables.

Le temps de la rupture

La désalliance thérapeutique peut arriver selon les événements personnels, sociaux ou bien encore des événements liés à la sphère de l'intériorité et de l'intime ; le patient peut se désengager des soins, des traitements.

Le temps de la fin d'une prise en charge

Il est possible de s'interroger avec le patient sur la continuité ou l'arrêt de la prise en charge avec la mise en place d'un relais si nécessaire.

LE POUVOIR D'AGIR DE LA PERSONNE

Tout au long de ce chemin clinique, la recherche des souhaits, besoins et demandes de la personne est fondamentale. Comment faire pour être au plus près des choix de la personne ? Du respect de ses droits ?

Les soins sont contraignants, les institutions également par les règles institutionnelles, les règlements intérieurs parfois trop stricts. Des habitudes de pratiques, les organisations de services, les réponses des professionnels vont le plus souvent du côté des réponses systématiques et non des réponses personnalisées au cas par cas.

Mais quels sont les moyens dont disposent les équipes pour faire du cas par cas ?

- des théories et des outils ;
- des savoirs, des savoir faire, des savoirs expérientiels ;
- le travail d'équipe, la pluri professionnalité, l'analyse de la pratique ;
- une souplesse et une réactivité ;
- une mobilité pour un « aller vers » ;
- une réactivité ;
- la coopération avec tous les autres professionnels dans une transversalité fonctionnelle.

EN CONCLUSION

Ce processus, de l'émergence des troubles, à leur reconnaissance, à l'accrochage dans les soins, et à leur fin, doit s'articuler aux choix de la personne et au respect des libertés individuelles. On peut souligner le danger des « bonnes intentions ». La répétition des principes et des orientations prendront l'effet d'« incantation » si elles ne se traduisent pas par des actions concrètes. Et enfin, il y a à interroger le risque de rendre la personne « captive » du parcours de soin, du projet de vie, des différents contrats, des principes de précautions. ■