

[texte](#)

[editorial](#)

## **Éthique de l'entretien infirmier psychiatrique face à la tentation de mort**

Si l'entretien infirmier diffère peu d'un entretien médical ou psychothérapeutique, il présente néanmoins quelques particularités, ne serait-ce que par les conditions dans lesquelles il s'effectue. Plus rarement mené dans un bureau qu'au chevet du patient, ce soin oral est souvent le premier contact du patient avec la psychiatrie.

Par: Loëva Guichard, Infirmière en psychiatrie, titulaire d'un master Éthique, science santé et société, université Paris-Sud 11 /

Publié le : 13 Janvier 2010

Partager sur :

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

### **Poursuivre la réflexion**

Dans le cadre de la psychiatrie de liaison au sein d'un hôpital général de l'Oise, les infirmières et les médecins spécialisés sont confrontés à de nombreuses difficultés dont l'origine semble liée au fossé qui se situe entre les attentes des services et les limites de notre discipline. Nous avons pour mission et responsabilité de faire le lien entre les soins somatiques et les soins psychiatriques, afin d'éviter que les urgences psychiatriques ne soient engorgées par des consultations qui sont gérables en amont, mais il s'avère qu'un certain nombre de demandes formulées par les services ne sont pas toujours adaptées à nos compétences. Nous avons souvent la sensation que cette confrontation à nos limites est vue et vécue comme une incompétence, si bien qu'à l'inverse, par excès de confiance, on reporte parfois sur nos équipes un désir de guérison un peu utopique et les demandes de consultation manifeste une croyance quelque peu magique de notre intervention. Que peut-on bien attendre de nous pour que les points d'incompréhension entre les services et notre équipe soient si récurrents ?

Face à ce contexte de travail et au constat d'une souffrance évidente des équipes

soignantes, une multitude de questions se sont posées et se posent encore à nous, entraînant dès lors le besoin de faire le point sur les fondements et les valeurs qui sont au cœur de nos pratiques quotidiennes.

Il nous a semblé, en effet, indispensable de nous pencher avant tout sur ce que nous-mêmes espérons de notre profession et comment nous pouvons la mener pour répondre au mieux à nos principes moraux. En psychiatrie de liaison, la principale activité de l'infirmière réside dans l'entretien avec le malade et une grande majorité de ces entretiens font suite à une tentative de suicide ou à l'énonciation d'idées noires voire suicidaires. Nous avons donc principalement axé notre réflexion sur l'éthique de l'entretien infirmier psychiatrique face à la tentation de mort, incluant ainsi les diverses manifestations de celle-ci (du syndrome de glissement à la demande d'euthanasie en passant par les idées suicidaires avec ou sans passage à l'acte)

Si l'entretien infirmier diffère peu d'un entretien médical ou psychothérapeutique, il présente néanmoins quelques particularités, ne serait-ce que par les conditions dans lesquelles il s'effectue. Plus rarement mené dans un bureau qu'au chevet du patient, ce soin oral est souvent le premier contact du patient avec la psychiatrie. Dans la mesure où un certain nombre de préjugés accompagnent cette discipline, l'annonce de notre fonction et de notre intervention auprès des malades nécessite forcément un savoir-faire et un savoir-être. Les valeurs soignantes qui guident l'infirmier psychiatrique, sont le respect de la personne et de son autonomie, la confidentialité, l'empathie et la bienveillance. Dans le cadre de la relation soignant/soigné, on observe combien la liberté de choix des patients face aux soins prodigués et proposés est en corrélation étroite avec la question de la responsabilité soignante. Jusqu'où peut-on aller ? Quels sont les devoirs et droits de tout un chacun ? Il est effectivement très important de considérer tous les risques encourus de part et d'autre dans cet échange et cette proximité d'une intimité profonde et non pas seulement les risques judiciaires.

L'entretien infirmier est un moment intense en émotion, qui nécessite d'être attentif à ce qui se dit et se ressent réciproquement. Par exemple, si l'empathie est indispensable dans la relation de soin, le soignant doit néanmoins veiller à ne pas franchir le pas de la sympathie qui peut nuire à son professionnalisme. De la même façon, le respect de l'autonomie du patient ne doit pas nous dédouaner de nos responsabilités en l'abandonnant aux siennes. Parallèlement et simultanément, du côté soignant, la confrontation régulière à la souffrance physique et psychique peut être parfois à l'origine de contre-transferts négatifs qui peuvent aussi fragiliser l'alliance thérapeutique si nous ne sommes pas en mesure de les repérer et de les contrôler.

Bien d'autres risques de rupture du lien établi existent et, parce que nous sommes garants de celui-ci, nous nous devons d'être vigilants. Tous ces dilemmes méritent en effet que l'on s'y attarde, car ils peuvent être cause de débordements. Nous sommes même assez convaincus qu'ils sont en partie responsables de situations de burn-out et/ou de maltraitance. L'idée n'est donc pas de jeter la pierre à ceux qui en sont victimes, mais de comprendre ce qui se joue pour éviter au maximum ces écueils dans la relation de soin.

La lecture de l'ouvrage de Pierre Aubenque, intitulé *La prudence chez Aristote*, a constitué à ce sujet un éclairage formidable de la vertu essentielle et primordiale du travail soignant. L'auteur y explique que la prudence aristotélicienne est « une disposition pratique accompagnée de règle vraie concernant ce qui est bon ou mauvais pour l'homme », mais il ajoute aussi à cela que si la prudence se nourrit de l'expérience, elle n'est en revanche bien appliquée que si elle sait faire état de ses limites.

L'ultime question est alors de chercher à savoir comment nous pourrions appliquer cette vertu à l'action soignante, afin de mieux aborder les difficultés rencontrées par chacun face à la tentation de mort. Nous tenons à préciser que nous avons choisi délibérément d'employer l'expression « tentation de mort », plutôt que celle du « désir de mort » qui est couramment utilisée. Le désir suggère, en effet, une liberté de choix qui ne correspond pas réellement à l'attraction exercée par la mort en situation de vulnérabilité. Le phénomène est bien plus complexe et ce d'autant plus qu'à l'instar d'Emmanuel Levinas nous rejoignons l'idée que le désir « se nourrit de ses propres faims » et qu'il « s'augmente de sa satisfaction ». Dans la mesure où la mort amène le néant, il semble dans ce cas assez inadapté de parler de désir face à la mort. La tentation, en revanche, nous permet d'insinuer d'une part cet élan non choisi en direction de la mort et d'autre part d'y associer l'aspect libidinal de la pulsion de mort conceptualisée et théorisée par Freud.

La psychiatrie est bercée depuis longtemps par ces notions de pulsion de mort et de pulsion de vie développées dès 1920 et, même si celles-ci sont encore controversées, elles sont, dans ce domaine, à l'origine de nos pratiques médicales et paramédicales. Il y a, en effet, comme une acceptation de ces notions de pulsion, tandis que dans les services de médecine générale où le combat pour la vie et la survie est si prégnant, on en oublie parfois la normalité de cette tentation. Bien évidemment, loin de nous l'idée de suggérer qu'il ne faut rien faire face à l'évocation du souhait de mourir, mais que nous avons tout de même de plus en plus tendance à le « psychiatriser » et ce n'est pas toujours la solution adéquate.

De la même façon, il est assez regrettable de constater que l'on fait appel à l'équipe de psychiatrie quand une personne pleure suite à l'annonce d'une maladie ou dans le cadre d'un deuil assez récent. Étant donné les a priori de la population vis à vis de cette discipline, l'association de ces situations à la psychiatrie peut être nuisible à la relation du patient avec le service dont il dépend. Il est donc urgent d'éviter la stigmatisation de ces moments de vulnérabilité et ce d'autant plus qu'un accompagnement psychologique est, dans ces cas là, bien mieux accepté par les personnes soignées et généralement suffisant.

C'est donc en partant de tous ces constats que nous avons cherché à comprendre comment certains soignants sont mis à mal, voire mis en échec par un patient lorsqu'il évoque sa tristesse et ses pensées morbides et comment nous, soignants spécialisés, nous abordons ce sujet. Il nous est apparu évident qu'une grande partie de notre activité d'infirmier psychiatrique est finalement de normaliser les ressentis de chacun. Être confronté à la maladie, la perte d'autonomie et/ou à la mort, est d'un côté comme de l'autre particulièrement perturbant, puisque la souffrance et la mort d'une personne renvoie toujours, mais de manière inconsciente, à notre propre finitude.

De ce fait, la bataille contre les tabous de nos sociétés, qui portent notamment sur la psychiatrie et la mort, est loin d'être terminée. Nous avons besoin, dans nos sociétés

toujours plus exigeantes, de réhabiliter le droit au sentiment et plus particulièrement aux sentiments de faiblesse, de vulnérabilité, de tristesse, de solitude et d'incompréhension. Pour cela, et parce qu'ils sont les plus confrontés à toutes ces manifestations, il nous paraît évident que les soignants ont pour devoir de montrer l'exemple et de remettre de ce fait en question leur propre fonctionnement. Nous véhiculons tous, plus ou moins contre notre gré, les idéations sociales de perfection, d'utilité par l'activité, de perte de dignité dans la maladie et ce, aussi, parce que nous sommes simplement des êtres humains agissant dans une société donnée.

Cette évolution sociale est néfaste à la pratique soignante et nécessite de se pencher sur les outils qui pourraient nous permettre de trouver la « bonne présence », comme l'a souligné Emmanuel Hirsch, plutôt que la bonne distance. A nos yeux, l'un des moyens pour ce faire est justement la pratique de l'entretien psychothérapique individuel ou des supervisions collectives, menées par des psychologues ou psychothérapeutes externes aux services dans lesquels nous pratiquons. Il nous paraît aujourd'hui indispensable que le soignant apprenne à s'écouter, à se confronter à ses difficultés, s'il veut se préserver et trouver l'énergie de développer et de défendre ses principes et valeurs.

Une anecdote de nos études d'infirmière nous paraît particulièrement parlante à ce sujet. Entre élèves, nous nous faisons souvent la remarque que nous perdions un peu chaque jour de nos illusions. Nous arrivons dans ces métiers médicaux et paramédicaux avec un certain idéal, qui s'effrite au contact de la réalité. Dans ces conditions, loin d'être épargnés, les soignants sont eux aussi particulièrement touchés par l'augmentation du nombre de dépression, de prises de toxiques et de tentatives de suicide.

Malheureusement, nous observons que, de nos jours encore, malgré leur engagement et leur dévotion pour ces métiers humanistes, les professionnels de la santé n'ont pas les moyens suffisants à leur disposition pour pouvoir affronter leurs difficultés. Il y a, certes, un manque réel de personnel dans les équipes soignantes, mais il y a aussi une très nette stigmatisation de l'aide psychologique qui les empêche de se saisir de cette aide par la supervision.

Nous gardons toutefois l'espoir que nous réussirons, dans un futur proche, à prendre soin des soignants comme ils le font des soignés. L'éthique du care, comme elle est actuellement développée, est certainement une éthique idéale du soin, mais cela, si et seulement si, elle parvient à terme à s'appliquer aux deux interlocuteurs de la relation de soins.

- [Page precedente](#)
- [Page 1/2](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

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

Sommaire