

UNIVERSITÉ Paris-EST MARNE-LA-VALLÉE
En partenariat avec le CFCPH de l'AP-HP

Master 2P de philosophie pratique
Spécialité « éthique médicale et hospitalière »

ESPACE ET LIBERTE
« A la recherche "du cap vrai" dans nos actions soignantes »

Francis PROUTEAU
Responsable pédagogique : Professeur Eric FIAT

Septembre 2011

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
 Chapitre premier	
INFINI ET SOINS : OUVRIR L'ESPACE POUR SOIGNER AUTREMENT.....	8
Ouvrir l'espace, mais vers quels horizons ?.....	9
<i>Qu'est-ce que c'est qu'un ailleurs ?</i>	10
Le séjour thérapeutique.....	11
La notion de rupture.....	12
<i>La rupture dans l'espace</i>	13
<i>La rupture dans le temps</i>	14
<i>La rupture dans le soin</i>	15
Le bateau et la mer, véritables outils de soins ?.....	16
<i>Le bateau et la mer : médiateurs d'exception</i>	16
<i>La mer : un puissant anxiolytique ?</i>	18
La métamorphose.....	20
<i>L'histoire de Jonas</i>	20
<i>Changement, transformation</i>	21
<i>La notion de trace</i>	22
L'espace (physique) : fini et infini.....	22
 Chapitre II	
LES DERIVES PROPRES A L'ESPACE CLOS.....	24
L'espace clos est-il sans risques ?	25
<i>La notion de clôture</i>	25
<i>L'exemple de la chambre d'isolement</i>	26
<i>L'exemple du bateau</i>	27
Le danger ou la peur liée à l'espace clos.....	28
Le risque de la rencontre.....	30

Chapitre III

SOINS ET INFINI : LES DERIVES PRORESA L'INFINI.....	33
Négation du consentement	34
Faut-il forcer l'autre à être libre ?.....	37
<i>La contrainte peut-elle rendre libre.....</i>	38
<i>Dialectique du maître et de l'esclave chez Hegel.....</i>	39
<i>Les risques d'une dérive totalitaire.....</i>	40
L'homme a toujours besoin d'un « autre »	
(La co-présence : une nécessité).....	42
L' « autre » cet Infini.....	43
CONCLUSION.....	45
BIBLIOGRAPHIE.....	48
INDEX NOMINUM.....	50
INDEX RERUM.....	52

INTRODUCTION

« Une semaine de séjour thérapeutique, ça vaut pour moi trois mois d'hospitalisation ». Ces mots sont ceux d'un patient avec qui nous avons réalisé de nombreux séjours thérapeutiques à bord d'un voilier. Un autre nous dit : « Ici, je peux enfin être moi-même ». Le bateau, le voilier, voilà un instrument bien étrange pour des soins en psychiatrie qui permettrait au patient « d'être et de devenir » lui-même.

Ce frêle esquif sur l'océan, n'est certes pas « *le radeau de la méduse* » de Géricault, dans le sens où ce ne sont pas des damnés qui y embarquent et y trouvent pour certains la mort ; ce n'est pas non plus la bande de copains chantée par Georges Brassens qui embarque pour une aventure en mer, « Ce n'était pas le radeau/De la Méduse ce bateau/Qu'on se le dise au fond des ports les copains d'abord »¹. Mais ce tableau conte ainsi, par toutes ces expressions de peur, d'angoisse, ou encore d'espoir que l'on peut lire sur les visages si réalistes des personnages, l'histoire autour de laquelle tourne la toile de Géricault de même que l'histoire des patients à qui l'on a prescrit un séjour thérapeutique en mer.

Le titre donné à cette étude, voudrait nous indiquer une route à suivre, un point à atteindre pour le patient. Même si physiquement, nous allons ensemble avec le patient vers une destination, la « vrai » destination, ce n'est pas le soignant qui y va, ce n'est pas le soignant qui est destiné à y aller ; c'est le soignant et l'équipe, avec les actions et les objectifs qu'ils se sont déterminés avec les patients, qui proposent une destination aux patients, à chacun des patients individuellement. Dans cette prise en charge soignante, nous proposons, nous accompagnons, nous corrigeons, en fonction des courants, de la météo, mais aussi des humeurs, des tensions, de tout ce qui se passe chez le patient, chez le soignant,

1. Georges Brassens, *Les copains d'abord*, novembre 1964.

dans l'équipe. En fait, nous accompagnons l'autre, le patient, dans cette aventure vers une destination, sans tout maîtriser de ce que sera son parcours.

Cet espace réduit qu'est le bateau, quand il devient le contenant dans une prise en charge soignante, n'est pas sans nous rappeler tous les autres espaces habités par le soin et qui nous confronte aux notions d'ouverture et de fermeture. Lorsque ce contenant soignant est prescrit, non seulement il convoque les notions d'espace et temps qui se trouvent considérablement modifiés, mais il interroge en même temps la liberté du patient pas toujours volontaire pour une telle aventure. « S'il est reconnu que les troubles mentaux représentent bien une "pathologie de la liberté" [...] c'est justement en soignant les patients parfois malgré eux, que nous leur restituons cette liberté. »².

Cet espace clos qu'est la coque du bateau ne fait-il pas penser à certains moments pour le patient à l'espace clos d'une chambre d'isolement, et à la confrontation aux risques qui s'y trouvent. Dépendant du thérapeute ou de son chef de bord, ce cheminement non consenti pour l'isolement, ou « fortement conseillé », parfois même « forcé » dans sa prescription pour le séjour thérapeutique, s'avère être souvent une navigation périlleuse. En effet, même si l'on connaît là où l'on veut arriver, le cap vrai (d'un plan de soin), le chemin pour y parvenir, n'est en aucune façon la route suivie, cette route sera différente de la « ligne de foi »³ en raison des influences météorologiques, des courants et de la vie à bord que sont les angoisses, les ruptures, les désillusions. En même temps que s'opère une métamorphose chez le patient comme chez le terrien qui devient marin, le consentement aux soins évolue dans un mouvement permanent des êtres (soignant et patient) l'un vers l'autre. Un consentement qui se transforme en une liberté de choisir, sa liberté de choisir.

2. Henri EY, *Défense et illustration de la psychiatrie*, in, « Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation à temps plein ? », *Information Psychiatrique*, volume 80, n°7, septembre 2004.

3. Le cap vrai est l'angle qui se situe entre le Nord vrai et *la ligne de foi*. Le Nord vrai est différent du nord magnétique et se corrige par une variation. Variation qui est la correction à apporter au compas (qui corrige l'erreur liée à la situation géographique, et au compas) pour obtenir le cap vrai et pouvoir ainsi le reporter sur une carte.

Au travers de nos expériences de navigation avec des patients lors de séjours thérapeutiques, nous essayerons de montrer dans cette recherche en quoi la croisière thérapeutique peut être un véritable outil de soin, et quels risques il y a, à prendre soin dans un tel espace. Puis nous verrons comment cet espace à la fois clos (fini) et ouvert (infini), avec d'autres espaces clos nécessaires aux soins en psychiatrie, peuvent procurer des libertés aux patients à la condition d'un accompagnement soignant, et par une juste présence soignante.

Chapitre premier

INFINI ET SOINS : OUVRIR L'ESPACE POUR SOIGNER AUTREMENT

Ouvrir l'espace, mais vers quels horizons ?

En navigation, le cap est la direction vers laquelle on s'oriente, vers laquelle nous pointons l'étrave du bateau. C'est un angle qui s'exprime en degré de (0° à 360°), dans le sens des aiguilles d'une montre, entre le nord et sa ligne de foi. Cet angle se mesure sur le bateau à l'aide d'un compas magnétique.

Le cap vrai, tient compte d'une déclinaison qui est une différence angulaire entre le nord vrai et le nord magnétique. Cette déclinaison varie elle-même dans le temps et selon l'endroit où l'on se situe, l'axe de rotation de la terre et l'axe magnétique ne coïncidant pas, et l'axe du champ magnétique terrestre se modifie au cours du temps et au gré du mouvement du noyau de notre terre. Sans doute pourrions-nous dire que les troubles psychiatriques et les soins évoluent dans le temps, eux aussi et au gré des axes prioritaires de santé.

Dans le cap vrai, il y a donc un rapport avec l'erreur. Le mot erreur est un terme mathématique qui désigne un écart. En effet, pour obtenir le cap vrai et pouvoir ainsi le reporter sur une carte, il faut connaître la variation qui est la correction nécessaire à apporter au cap compas. Ce mot correction utilisé ici techniquement, est aujourd'hui peu ou pas utilisé, nous sommes moralement dans une pensée politiquement correcte qui fait que ce mot correction est devenu violent en lui-même (avec l'alliance sémantique correction = punition), d'ailleurs on ne l'emploie plus dans l'éducation. Alors que ce terme de correction veut dire rectifier c'est à dire mettre dans la rectitude. Cette notion de correction reste présente dans nos têtes mais on ne peut plus y penser, y compris pour adapter notre action et nos mots à quelque chose qui ne soit pas considéré y compris par nous même, comme violent. Mais ce mot correction pour autant relève bien de quelque chose, comme en politique, dans l'éducation ou dans le monde du travail qui est qu'une personne ou un groupe, à certains moments peut être soit dans l'erreur, soit dans l'errance et qu'il faut éventuellement soit corriger, y compris contre son gré, soit l'appeler à se corriger. Ce mot correction nous le retrouvons dans cette idée de cap vrai, où il est question d'un retour à la bonne route de navigation par le changement, la rectification, l'amélioration, mais aussi la justesse et l'exactitude, tout comme dans nos actions soignantes qui s'évertuent à corriger un mauvais état de santé.

Le patient et le soignant qui embarquent sur un voilier pour un séjour thérapeutique, se représentent tous les deux, d'une façon différente, l'idée d'une correction nécessaire à l'amélioration de la santé du patient. Mais en quoi un séjour en bateau peut-il améliorer la santé d'un patient ? Et la question se pose d'autant plus que l'on sait que la mer est un ailleurs inhabituel et un environnement parfois hostile, qui peut rendre le patient comme un être encore plus vulnérable.

Qu'est-ce que c'est qu'un ailleurs ?

L'Ailleurs, c'est par définition ce qui est autre, différent, ce qui ne ressemble pas, ce qui sort du familier. L'ailleurs, c'est aussi un autre lieu, « s'il ne se trouve pas bien où il est, que ne va-t-il ailleurs? »⁴. Les Grecs nommaient leur territoire l'*oikumenè* ; le reste, ce qui était en dehors, étant le monde barbare. De cet autre inconnu, imprévisible, dérive le mystère, l'insondable. La mer reste encore aujourd'hui un monde inconnu, avec ses monstres, ses créatures mystérieuses. Cet ailleurs mystérieux entraîne deux sentiments en apparence contradictoires : la tentation, le désir de découvrir ce qui est autre, comme l'exotisme d'une croisière, d'y pénétrer jusqu'à la disparition de soi, mais aussi la crainte de se perdre dans l'inconnu. « Je ne suis jamais bien nulle part, et je crois toujours que je serai mieux ailleurs que là où je suis »⁵, sans doute comme Baudelaire, cette pensée traverse l'esprit des patients qui s'aventurent vers l'inconnu pour certains, vers des souvenirs plutôt agréables pour d'autres. Quoiqu'il en soit, le salut pour le patient qui souffre dans sa phase aigüe se trouvera dans un ailleurs.

Cet ailleurs, cet environnement non familier, si différent, peut-il devenir un nouveau « chez soi » où l'on peut enfin se sentir mieux et peut-être tout simplement heureux ? Le « chez moi », le lieu qui nous appartient n'est peut être pas le « chez soi » qui procure du bonheur. « Je n'aime pas être chez moi. A tel point que lorsque je vais chez quelqu'un et qu'il me dit : "Vous êtes ici chez vous",

4. *Dictionnaire de l'académie Française*, 8th Edition, 1932

5. Charles Baudelaire, *Petits poèmes en prose*, Les Vocations, 1867, P. 168

je rentre chez moi ! »⁶ La question ici est de savoir dans quel lieu, dans quel « ailleurs » le patient qui souffre de troubles psychiques, peut retrouver un « chez soi » qui lui permette de se reconstruire. Une personne, qui a un problème avec elle-même, peut elle dans un séjour thérapeutique, qui plus est sur un bateau, être « mieux », comme « chez soi » ?

Le séjour thérapeutique

La notion de séjour nous ramène au lieu, à l'habitation, la résidence, mais aussi la villégiature, à l'action de séjourner. Le séjour thérapeutique est ce moment privilégié qui va permettre au soignant de poser un autre regard sur le patient et inversement. Le lieu est différent, les individus dans leurs relations aux autres deviennent différents. A l'heure du bilan ce sont les observations de ces différences qui justifient la raison d'être de ces séjours, et nous avons remarqué que l'on parle plus souvent des différences de comportements observées chez le patient, le patient s'est présenté différent par rapport à ce qu'il était avant, dans l'unité de soin. Le séjour thérapeutique, c'est donner au patient, la possibilité de se confronter à de nouvelles réalités spatiales et temporelles, dans un ailleurs qui n'est plus l'hôpital psychiatrique. Le séjour thérapeutique, c'est aussi donner au patient d'exister dans un ailleurs, d'avoir une place dans un groupe, alors que le plus souvent la maladie psychique enlève au malade toute idée d'existence parmi les autres, voire même pour certains de ne pas exister pour l'autre.

Le séjour (comme un permis de séjour), nous offre de pouvoir travailler avec le patient, les processus d'inclusion et d'exclusion. En effet, le sujet malade, étranger à nous même avec sa maladie psychiatrique, vit le plus souvent des situations d'exclusion, et dans la situation du séjour, nous lui offrons la possibilité de pouvoir s'inclure dans une nouvelle histoire, un nouveau partage avec d'autres. « Ce séjour de rupture entraîne un mouvement entre l'intérieur de l'institution et l'extérieur. Ce mouvement semble animer un certain nombre de flux entre l'intérieur et l'extérieur du fait des nouvelles possibilités identificatoires dans un

6. Raymond Devos, extrait du sketch *Je roule pour vous*.

autre lieu ».⁷ Entre ces deux pôles : inclusion et exclusion, il existe de véritables tensions chez le patient psychotique, avec le risque de réclusion et d'enfermement dans la maladie. Aussi le séjour lui permettra au travers cette rupture, de se libérer de certains mécanismes défensifs, grâce aux nouveaux repères et aux possibilités d'identification aux autres qui lui sont offerts. C'est ainsi qu'à tous les retours de séjour auxquels nous assistons aujourd'hui, les commentaires des soignants restent les mêmes : « A l'hôpital Monsieur X se comporte de telle façon, alors qu'en séjour, il est complètement différent ». Dans son intériorité, le patient doit s'accommoder avec les différentes facettes de sa personnalité qui font son identité ; sa difficulté réside à faire en sorte qu'elles ne s'excluent pas les unes des autres dans un processus de clivage, mais a contrario, qu'elles s'organisent sans trop de désordre et de déchirure dans son intériorité pour lui permettre une extériorité qui ne soit pas une exclusion dans la relation à l'autre.

La notion de rupture

Le concept de rupture, pour Henri Callat est un « phénomène positif, innovant et créateur, le moteur même de l'évolution ! Elle s'inscrit nécessairement au cœur même du devenir et transforme, métamorphose, comme nous venons de le dire, « l'ontologie » classique en « actologie » de la pensée moderne »⁸. Même si elles sont le plus souvent douloureuses à vivre, ce sont les ruptures qui aident l'enfant à grandir et à cheminer vers sa vie d'adulte. Chez le patient qui souffre de troubles psychiques, les ruptures peuvent aussi lui donner l'occasion d'avancer positivement dans sa maladie, mais elles peuvent aussi accentuer des dysfonctionnements et des perturbations dans un équilibre déjà fragile. Ces ruptures, si elles ne sont pas encadrées, peuvent conduire à l'éclatement de l'équilibre psychique du patient. Aussi, pour qu'il n'y ait pas éclatement de cet équilibre, la présence du soignant est nécessaire.

Le séjour thérapeutique est une rupture dans le dispositif de soins. Ce sont des ruptures qui ne sont pas des éclatements et qui se gère dans un cadre bien précis et organisé. Cette rupture se fait dans un cadre qui permet une contention psychique

7. Dr Yannick Fuseau, *Le séjour thérapeutique : expérience d'une croisière à la voile*, Mémoire – CES Psychiatrie, Nantes, 1988, p.93

8. Henri Callat, *Séminaire*, 15 décembre 2007, <http://www.adreuc.org/html/pages/1Callat.htm>

du patient, suffisamment solide pour palier aux changements dans l'espace, dans le temps, et dans la prise en charge.

La rupture dans le temps,

Le temps du patient, n'est pas celui du soignant, comme il n'est pas celui de son entourage, « Si la mesure du temps-qui reste semble l'obsession commune de l'entourage des malades [...], elle n'est pas partagée par les patients. »⁹ Ce temps qui chez de nombreux patients en psychiatrie semble s'éterniser, donne le plus souvent un sentiment d'impuissance chez le soignant avec le risque de s'enfermer dans des habitudes qui mettent en péril la dynamique soignante nécessaire à l'accompagnement et au suivi des soins. Aristote, ne nous fait-il pas remarquer que l'habitude peut être la pire des choses quand elle engendre la routine et nous fige dans des automatismes. Ces patients atteints de maladie psychique dite « chronique », semblent s'inscrire dans le temps *chronos*, qui correspond à cette conception dominante que nous avons du temps, « une fois que je suis né, le temps fuse en moi »¹⁰, il en est de même dans notre déroulement de carrière ; mais que savons-nous du vécu intérieur du patient ? Quel est sa perception du temps, lui que nous côtoyons depuis tant d'années, embarqué dans ce même environnement hospitalier, mais sans doute pas dans la même temporalité. En effet, pour certains patients que nous côtoyons depuis des années, le poids des ans ne semble pas les atteindre, pour nous qui changeons au sein de notre établissement que ce soit dans nos pratiques, dans nos postes de travail, eux, sont toujours là, parfois même avec un physique et des attitudes qui nous semblent identiques au premier jour de notre rencontre. Leur temps serait-il donc figé ?

Cette question du temps est pourtant d'une grande importance dans la prise en charge de nos patients. Si l'on peut caractériser le temps *chronos* par une flèche indiquant une trajectoire, alors celle du patient semble brisée, comme si au plus profond de son être, quelque chose s'est cassé. Nous serions alors comme le souligne Gaston Bachelard, dans une discontinuité du temps, avec par moment des immersions dans le monde réel séparées par des intervalles de temps suspendus, « Prise dans le détail de son cours, nous avons toujours vu une durée précise et concrète fourmillier de lacunes. »¹¹ Comment le soignant peut-il alors

9. Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude*, Editions Romillat, Paris, 2004, p. 101

10. Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Tel-Gallimard, 1990, p.488

11. Gaston Bachelard, *La dialectique de la durée*, Paris, PUF, 1993, p.9

exister en tant que soignant dans ces intervalles qui rythme l'existence même du patient ?

Selon Henri Bergson, le temps c'est l'espace. En effet, lorsqu'il étudie le temps comme phénomène, il nous montre en observant le mouvement des aiguilles sur un cadran avec des repères chiffrés, que l'on croit mesurer du temps, mais qu'en fait nous mesurons de l'espace. Nous ne sommes plus dans un temps physique, mesurable, mais dans un temps vécu qui peut être perçu de façon différente selon les sentiments qui nous affectent ; nous avons tous expérimenté ce temps qui ne passe pas ou mal dans l'ennui et qui file dans la passion. Le séjour thérapeutique, peut être un intervalle dans « la vie intérieure » du patient, un nouveau temps à vivre pour le patient. Cette rupture dans son espace temps, conjuguée à une rupture dans son espace « lieu de soin », peut donner au patient, l'opportunité d'un retour vers un équilibre psychique et un « mieux être ».

La rupture dans l'espace

L'espace, dont il est question est l'espace de soin. Le bateau, cet autre espace soignant tout aussi inquiétant pour le malade qui dans ce nouvel univers perd ses habitudes et ne peut donc plus « habiter » le monde comme il en avait l'habitude. Pour Martin Heidegger¹² l'habiter ne peut se réduire pour l'homme au simple fait de posséder un logement. Pour lui, habiter veut dire « être sur terre comme mortel », ou encore « être présent au monde et à autrui », soit être homme. Le patient qui souffre de ses angoisses, n'habite pas bien en lui-même, ses moments d'harmonie sont rares, et il lui faut pourtant se réinvestir en lui pour habiter un nouvel espace qu'est le voilier pour enfin mieux habiter en lui-même.

Habiter l'espace soignant, habiter l'hôpital, habiter sur un voilier ne semble donc pas à première vue une situation facile pour celui qui souffre de troubles psychiques ; l'être se trouve habité par un « mal », et se doit d'habiter un espace inconnu. Tous les repères sont changés pour le malade, jusqu'à son horloge biologique qui doit se mettre au rythme de celle de l'unité, souvent confondue avec celle des éléments. Comment ne pas rajouter de l'angoisse à l'angoisse lorsque les repères physiques changent, voire même lorsqu'il n'y a plus de repères, lorsque les odeurs changent, et que les « êtres », soignants ou non, changent aussi sans compter l'instabilité physique du lieu ? Dans ce contexte, le

12. Martin Heidegger, *Essais et Conférences*, Gallimard, 1958, p.175.

soignant a besoin de tout son art dans la fonction d'accompagnement pour permettre au patient d'investir de la façon la moins traumatisante possible ce nouvel espace qu'il découvre, et lui donner la possibilité de l'habiter.

Lorsque Heidegger nous dit que : « le rapport de l'homme à des lieux et, par des lieux, à des espaces réside dans l'habitation. La relation de l'homme et de l'espace n'est rien d'autre que l'habitation pensée dans son être. »¹³ Il nous est bien difficile d'imaginer ce qu'un être souffrant pense de cet habitat flottant, de ce « bateau hôpital » qui est censé le guérir de ses maux. Et que dire du patient délirant quant à sa perception de l'espace ? « L'espace est essentiellement ce qui a été "ménagé", ce que l'on a fait entrer dans sa limite. »¹⁴ Il se pose ici le problème des limites propres à chacun, et qui évoluent sans cesse au cours de la prise en charge. Habiter l'espace soignant devient nécessaire pour le malade, c'est reconnaître qu'il a besoin de soins ; consentir à habiter sur un voilier pour un séjour thérapeutique, c'est accepter peut-être « d'habiter » l'hôpital et tout simplement d'être soignés. « Etre homme veut dire : être sur terre comme mortel, c'est à dire : habiter. Maintenant, le vieux mot *bauen*, qui nous dit que l'homme est pour autant qu'il *habite*, ce mot *bauen*, toutefois, signifie aussi : enclore et soigner »¹⁵. Il s'agit donc pour le patient « d'habiter » cet espace de soins ; mais habiter l'espace, c'est aussi habiter le temps, le temps d'une rupture nécessaire pour que le patient puisse retourner chez lui.

La rupture dans le soin.

Ce mot rupture nous renvoie à l'interruption brutale d'une situation, d'un état, vers une autre situation. Pour le patient, c'est une nouvelle séparation, il est séparé d'un environnement qui lui est plutôt familier, de personnes soignantes et de patients qu'il connaît. Bien évidemment, il ne s'agit pas ici, de faire revivre au patient, un nouveau vécu abandonnique. Cela implique en amont du séjour, tout un travail de préparation qui permet au patient d'élaborer et d'intégrer cette notion de séparation et non d'abandon.

Dans le contexte d'une hospitalisation, le séjour de rupture se définit comme une « mise à l'écart » du patient de son milieu habituel (le plus souvent, du milieu familial vers l'hôpital), le patient se retrouve dans un nouveau lieu pour un temps

13. *Idem*, p. 188.

14. *Ibidem*, p. 183.

15. *Ibidem*, p. 173.

donné. Le séjour a rapport avec une temporalité limitée. Ici, nous sommes dans une rupture au sein même de l'espace soin et du temps du soin, qui peut permettre au patient d'aller à la découverte d'un nouvel espace relationnel, vers de nouvelles relations « d'être ».

Le bateau et la mer, véritables outils de soins ?

L'homme, tout comme un bateau, trace sa route dans son existence, une route qui se veut le conduire au bonheur. Mais cette route n'est jamais une route aussi droite qu'une ligne tracée sur une carte. Lorsque l'on y regarde de près, l'homme comme le bateau ne montre pas l'essentiel de ce qu'il est. En apparence, il peut se montrer, fort, beau, avec beaucoup d'assurance ; le bateau aussi, laisse à voir ses courbes magnifiques, sa voilure imposante et puissante. Cependant, pour avancer sur l'eau et tenir un cap, la carène et les voiles du bateau ne suffisent pas. Sans sa quille partie immergée du bateau, point de bon cap, point de bonne route et surtout plus d'équilibre. Tout comme cette quille, l'intériorité de l'homme est ce qui participe à son fragile équilibre. Alors, quand la fragilité psychique du patient crée en lui un vide intérieur, quand cet équilibre ne tient plus (que sa quille se désolidarise), pouvons-nous, soignants, être avec le patient pour lui servir de béquille à défaut de quille. La quille sur un navire étant cette pièce de bois sur laquelle vont se greffer toutes les parties qui font la charpente du bateau de la proue à la poupe. Les béquilles sont des pièces de bois qui permettent au bateau de tenir debout sur sa quille lorsqu'il est échoué. La souffrance psychique de nos patients génère bien des échouages et pertes d'équilibre, et ce mot béquille est souvent utilisé par les soignants pour désigner les différentes prises en charge qui sont proposées aux patients lors de sa sortie, en extra hospitalier.

Le bateau et la mer : médiateurs d'exception ?

Si nous nous intéressons au vocabulaire des marins les mots qui illustrent la structure et le fonctionnement d'un voilier nous interpellent tant ils sont forts et chargés de sens : *border, chavirer, dériver, choquer, larguer, virer, sombrer, affaler, barrer, abattre, refuser, déraper, décrocher, échouer...* Il y a aussi la *dérive*, et il y a *l'écoute*. D'ailleurs, les marins n'équilibrent-ils pas le voilier à l'aide de l'écoute, lorsqu'ils bordent les voiles ? Tous ces mots semblent donner un caractère

scientifique au bateau, avec le sentiment d'une maîtrise absolue de la machine, alors qu'il n'en est rien. En effet, l'homme a beau faire des corrections sur le compas, choquer ou border les écoutes, pour éviter la dérive et maintenir un équilibre, ce dernier reste toujours précaire et la nature règne en maître. Malgré toute sa technicité¹⁶, face à l'océan, l'homme n'en reste pas moins à une maîtrise limitée et contrairement à ce qu'a pu écrire René Descartes « « Sitôt que j'ai eu acquis quelques notions générales touchant la physique, [...] connaissant la force et les actions du feu, de l'eau, de l'air, des astres, des cieux et de tous les autres corps qui nous environnent, [...] et ainsi nous rendre comme maîtres et possesseurs de la nature. »¹⁷ Ce serait tellement simple si nous pouvions par une correction, ou bien par un geste mécanique, éviter ces dérives qui font que le patient sombre davantage ou risque de s'échouer.

Nous avons régulièrement l'occasion de le dire à nos jeunes collègues, que les soins en psychiatrie font souvent l'objet de thérapies médiatisées. Pour entrer en relation avec « l'autre souffrant », il est souvent nécessaire d'utiliser un médiateur et nous dirions presque quel qu'il soit, à la condition qu'il n'augmente pas la souffrance du patient, et que son utilisation s'effectue dans un accompagnement suffisamment rassurant par son degré de présence psychique et physique.

Le bateau et particulièrement le voilier impose et rend nécessaire cette présence physique constante, qui est celle du skipper, l'homme de l'art en la circonstance, l'homme de la *téchnè* qui, armé de son expérience, de ses connaissances et de son intuition, va sécuriser le non initié qui embarque sur cet univers instable qu'est le voilier. L'autre « artisan » de cette thérapie médiatisée est le soignant qui mettra toutes ses connaissances et son savoir faire dans l'accompagnement psychique du patient.

Ce bateau, médiateur dans la relation, n'est pas sans nous rappeler le ventre de la mère qui berce le fœtus flottant dans son élément liquide.

La mer : un puissant anxiolytique ?

16 Dominique Folcheid, *cours de M2 de Philosophie pratique*, 2011. « La technicité est ce qui fait du technicien, un technicien digne de ce nom, performant dans son registre spécialisé. La technicité désigne une vertu poïétique (ordre de l'agir non moral), le savoir faire en puissance, qui passera à l'acte quand le technicien sera à l'œuvre [...], c'est l'adéquation de la technique mise en œuvre aux exigences internes de la tâche technique à accomplir. »

17 René Descartes, *Discours de la méthode* (1637), 6e partie, Bibliothèque de la Pléiade, Éd. Gallimard, 1966, p. 168.

« Lorsque je suis sur le bateau, je suis moi [...], plus besoin de jouer un rôle comme avec mes voisins ». « J'ai jamais eu de crise d'angoisse lors d'un séjour sur le bateau, jamais, jamais, quand je suis chez moi, c'est à chaque instant, [...] je peux diminuer les médicaments »¹⁸. Ce témoignage d'un patient lors d'un séjour thérapeutique en mer, nous montre que la mer, espace infini, n'est pas angoissant pour autant. Ce mot angoisse du latin *angustia*, qui veut dire étroitesse et gêne, de l'adjectif *angustus*, étroit, resserré, est cette impression d'oppression, de resserrement, symptôme éprouvé quotidiennement par les patients qui souffrent de troubles psychiques, avec cette malignité de l'angoisse qui se refuse à en donner la cause. Cette peur panique incontrôlée est insupportable, sans objet, comme face au néant. Alors, face à l'immensité de l'océan, qu'est-ce qui fait que les angoisses des patients, le plus souvent, diminuent lors des séjours ?

« L'angoisse, c'est la blessure, non, plutôt la morsure que le néant fait à mon âme, [...] ainsi l'angoisse est le lot de tout homme, et une manière de faire de la métaphysique sans le savoir »¹⁹. Lorsqu'un patient vient vers nous pour exprimer ses angoisses, car ce n'est jamais « une » angoisse, son visage est tourmenté, nous le sentons effrayé, comme en perdition, comme quelqu'un qui se noie et cherche une bouée pour ne pas sombrer, pour ne pas se perdre. Face à cette angoisse qui *néantise*, qui anéantit le patient, qui le laisse dans une souffrance qui dure et qui s'installe dans un temps infini ; la main tendue du soignant est nécessaire. Peut-être est-ce cette main tendue, mais surtout la permanence de la proximité de cette main tendue dans le contexte si particulier du séjour thérapeutique, qui fait dire au patient « j'ai jamais eu de crise d'angoisse lors d'un séjour ». Être malade, et avoir pour soi vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans un espace limité, la présence physique de soignants, permet sans doute de limiter et de restreindre la prise de traitement chimique anxiolytique.

Être sur l'eau, comme être dans l'eau, au premier abord, ne semble pas naturel pour l'homme, et l'on comprendrait aisément l'inquiétude, voire l'angoisse que cela peut susciter. Pourtant, l'eau, l'élément liquide est la première demeure du petit d'homme. La théorie psychanalytique du « Moi-Peau » de Didier Anzieu, trouve une parfaite illustration dans cette expérience de séjour sur un voilier, pour des patients dont la structure et le contenu psychique se trouvent perturbés. La

18. *Salut la compagnie*, Film d'Olivier Piguetti, Magazine Thalassa France 3, 2001

19. Eric Fiat, *cours de MI de Philosophie pratique*, 2010

coque du voilier devient cette enveloppe contenant qui évite un « état de vide » qui ne laisse pas échapper son contenu. Entre le Moi et la Peau, Didier Anzieu retrouve une dimension métaphorique, le Moi est une métaphore de la Peau ; ainsi qu'une dimension métonymique, le Moi et la Peau se contiennent mutuellement comme tout et partie. Les interactions et interrelations qui existent au sein de cette nouvelle enveloppe qu'est la coque du bateau, permettent des échanges de contenus psychiques qui donneront une autre sensibilité psychique au patient, « le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures »²⁰. De par ses fonctions de protection contre les agressions extérieures (les conditions climatiques en mer), de contenant (qui retient ce qui est bon), de lieu primaire de communication, cette *Peau* (coque) devient cette enveloppe qui assure à l'appareil psychique un bien-être de base, un état qui ne soit pas anxiogène.

Le bateau devient aussi anxiolytique, si l'on se réfère aux notions de *holding* et *handling* dont nous parle Donald Winnicott. En effet, cette fonction de portage sur l'eau et cette notion de contenance jouent un rôle de protection contre tout le monde et toute angoisse extérieure. Le *holding* est la façon dont l'enfant est porté au niveau symbolique, s'il est assuré de manière rassurante et régulière, il permet à l'enfant d'exister. Winnicott parle de maturation alors possible chez l'enfant selon trois processus, l'intégration qui conduit à la constitution du Moi, l'interrelation psychosomatique (résultat du *handling* et du *holding* qui relie psyché et soma), et enfin l'objectivation qui aboutit à la capacité d'utiliser un objet. Quant au *handling* qui est le portage physique, prendre dans les bras physiquement, il s'y rajoute ici le bercement, qui n'est pas sans rappeler celui qui rythme la vie de l'enfant à naître dans le ventre de sa mère. De cette réminiscence de l'existence intra-utérine, pendant laquelle nous ne faisons qu'un avec notre univers et flottions réellement dans le liquide amniotique sans avoir pratiquement de poids à porter ; l'enfant in utero serait confondu avec la mère et ne ferait plus qu'un seul corps.

Être dans l'eau, comme être sur l'eau, nécessite : une conscience de son propre corps, de son enveloppe qui définit un dedans et un dehors (le Moi-Peau psychanalytique), et un équilibre qui est sans cesse à retrouver, sans cesse à renouveler, dans la recherche d'une métamorphose qui peut transformer le patient

20. Didier Anzieu, *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1985, p.103

et lui permettre de retrouver une nouvelle intériorité, pour un bien être psychique.

La métamorphose

Changer de forme, se transformer, transformation d'un état, du caractère d'une personne, autant de mots pour définir ce qu'est une métamorphose. Au retour d'un séjour, quand les soignants font ce constat : « A l'hôpital Monsieur X se comporte de telle façon, alors qu'en séjour, il est complètement différent » ; de quelle transformation s'agit-il, puisque hormis, un visage plus halé après un séjour en mer, la différence, la métamorphose n'est pas physique. Dans cette situation la théorie du récit peut être utile pour expliquer ce qu'est le séjour thérapeutique, alors si nous partions sur le séjour thérapeutique comme conte ! Ce n'est pas pour en faire un conte merveilleux, même s'il est chargé d'une force émotionnelle, mais le récit d'une aventure qui se termine généralement bien, et où chaque personnage joue des rôles bien définis. Comme dans un conte, nous pouvons raconter l'histoire d'un séjour avec son caractère intemporel, mais surtout les actions et les résultats merveilleux qui en résultent notamment au travers de cette métamorphose qui touche les patients.

L'histoire de Jonas

Dans le Livre de Jonas²¹, c'est une histoire même, qui nous est véritablement contée. C'est l'histoire d'une ville Ninive, puis il y a la question d'être envoyé pour Ninive. Jonas ne veut pas y aller, il ne veut pas aller parler aux gens de Ninive, il s'échappe et monte dans un bateau. Puis il y a une tempête, et s'il y a une tempête, c'est qu'il y a une explication. Cette explication c'est que quelqu'un s'est embarqué et que ce quelqu'un ne devait pas être là ou alors il avait fait quelque chose qui ne fonctionnait pas. Une fois découvert, Jonas avoue et il est jeté à l'eau, et là il trouve un autre bateau d'une certaine manière qui est le ventre du poisson. Puis il y reste 3 jours et finit par être vomi, puis étant vomi, il parvient à une rive, c'est à dire à une limite et là il peut parler. Cette histoire est une structure de conte typique des histoires initiatiques. Son statut est d'être un rapport à la parole. Il ne veut pas aller se confronter à la parole à dire et est rendu muet pour cette raison. C'est aussi la question de la conversion de Ninive, de ses habitants et de Jonas lui-

21 Le livre de Jonas, *La bible de Jérusalem*, p.1442

même.

Dans l'histoire de Jonas, on retrouve un lieu clos, et un lieu ouvert. Un lieu apparemment ouvert définitivement qui s'avère être un lieu d'exclusion, et un lieu apparemment définitivement clos qui s'avère être le lieu qui va permettre une expulsion, qui est une libération. Ce récit nous amène à réfléchir sur les limites, et sur l'exclusion

Le séjour est une structure de conte, et en fait le conte est toujours fait pour mesurer une transformation qui nous conduit vers le merveilleux contrairement au récit qui dit une transformation, c'est un voyage initiatique, dans un espace temps, avec des acteurs de départ, qui vont vivre des transformations. Le séjour thérapeutique, c'est mettre en place les conditions d'un changement. On peut l'appeler destination, mais c'est toujours un espace temps bien déterminé.

Changement, transformation

Si on détermine le temps du séjour thérapeutique comme le temps d'une *transformation*, une *métamorphose*. On peut poser la question aussi en termes de changement pour mesurer une efficacité thérapeutique. Bien sûr le changement n'est pas le changement de forme même s'il reste sur le visage quelques traces d'un court séjour en mer. La métamorphose qui s'opère lors de ces séjours, n'est pas comparable à celle écrite par Kafka pour ce qui concerne son personnage *Gregor*²², ce n'est pas un changement de la forme apparente ; c'est celle de l'intériorité avec quelques signes extérieurs plus visibles, comme une plus grande sociabilité, avec des gestes et une façon d'être à l'autre différente. En effet, l'environnement avec tous ses repères modifiés rend nécessaire des changements d'attitude et de comportement. Quant à la transformation du vécu intérieur du patient, c'est la métamorphose des sentiments souvent difficile à mettre en mots, mais qui se ressent dans la relation soignant soigné et dans l'intensité des instants partagés. Il est d'ailleurs compliqué de traduire en mots ces instants partagés et ce que l'on perçoit dans ces moments là de la transformation chez l'autre, C'est toute la difficulté après chaque séjour de laisser une trace écrite la plus juste possible du récit d'un séjour thérapeutique qui s'inscrit dans un temps donné du plan de soin du patient.

22. Kafka Franz, *La métamorphose*, Collection Livre de Poche, juin 2000

La notion de trace

Y a t il une trace du parcours ? Elle n'existe pas sur la mer, certes nous ouvrons une trace, un sillage mais au bout d'un certain temps elle se referme. La mer ne laisse pas de trace sur son étendue mais sur les navires qui la fréquentent, sur les côtes qui l'entourent et parfois sur les hommes qui l'affrontent. Le sillage ne laisse pas de trace, la trace reste sur la carte. La trace qui reste de cette confrontation avec cet univers si particulier qu'est la mer, la trace d'un séjour thérapeutique ne peut être que le récit que l'on en fait sur le journal de bord, une trace par rapport à la traçabilité. Mais quelle trace laisser de ce temps partagé avec le patient ? Il est toujours difficile voire impossible de traduire le vécu intérieur d'un séjour qui touche à la fois les patients mais aussi les soignants. Et il en est de même pour le récit de ce voyage qu'est le séjour thérapeutique, avec les relations qui s'y instaurent, comme une itinérance, un mouvement perpétuel dans un environnement qui bouge sans cesse, dans un temps défini et dans un espace à la fois fini et infini.

L'espace (physique) : fini et infini

Au IV^e siècle av. J.-C., Platon expose dans le «Timée» ses conceptions personnelles, partiellement inspirées des pythagoriciens. L'espace, infini, contient l'Univers, lui-même fini et sphérique ; la Terre est au centre. Chez les philosophes de l'antiquité, comme Aristote, l'infini c'est l'illimité, ce qui est sans fin, sans détermination, ce qui ne peut être parcouru ; le parfait, est ce qui est achevé, ce dans quoi la forme s'accomplit pleinement, il ne peut être que fini. « La force de la démarche d'Aristote, nous paraît résider en ceci : il arrive à envelopper l'infini par le fini lequel est toujours lié à la perfection, l'entier, l'être en acte. »²³ Ces concepts de fini et infini ont fait l'objet de bien des remises en questions depuis cette période.

C'est quoi un espace infini ? Se pose ici la question de l'infiniment grand et infiniment petit que Pascal pose en terme d'angoisse, en liant la mer à l'angoisse.

23. Alain de Libera, A. Elamrani-Jamal, Alain Galonnier, *Langage et Philosophie*, Librairie philosophique, J VRIN, 1997, p.59

Dans ses pensées, il nous dit : « Car enfin qu'est-ce que l'homme dans la nature ? Un néant à l'égard de l'infini, un tout à l'égard du néant, un milieu entre rien et tout. »²⁴. Les patients que nous côtoyons chaque jour, ceux avec qui nous avons partagé ces expériences de séjour en mer, pourraient reprendre cette autre pensée de Pascal : « le silence éternel de ces espaces infinis m'effraie »²⁵ Mais aussi effrayant soit-il cet espace infini qu'est la mer, avec l'espace fini et clos qu'est le bateau, peuvent-ils procurer des libertés aux patients ?

24. Blaise Pascal, *Pensées*, édition de L. Brunschvicq, GF Flammarion, 1976 pensée 72, p. 65-68.

25. *Idem*, pensée 206, p.110

Chapitre II

LES DERIVES PROPRES A L'ESPACE CLOS

Quels risques y-a-t'il à prendre soins dans un espace clos ? Ou alors, se limiter à prendre soin dans un espace clos est-il risqué ? Il nous est difficile d'éviter ce questionnement, dans ce type de prise en charge.

Le bateau est bien un espace clos, mais c'est aussi un espace clos dans une espace qui nous semble infini, contrairement à Aristote qui parvient à envelopper l'infini dans un monde fini. Peut être est-ce l'objectif à atteindre pour le patient, à savoir métaboliser cet infini dans quelque chose de fini, de parfait au sens aristotélicien. Cela assurément, nous paraît nécessaire, mais tout cela dépend de la façon dont on l'accompagne. Et là, le soignant n'a pas d'autre choix que d'une présence physique permanente et constante à la différence de l'espace clos d'une chambre d'isolement où manque cette présence soignante qui, si elle était plus conséquente, pourrait peut-être aider un peu plus le malade. Le risque serait-il d'être seul trop longtemps dans l'espace clos ? Ce que nous mettons dans l'espace clos est un signifiant qui pourrait être "chambre d'isolement ».

Quel est donc le risque spécifique de l'espace clos, de l'isolement, pour une action soignante?

L'espace clos est-il sans risque ?

La notion de clôture

Si nous interrogeons la notion de risques, il nous fait interroger la notion de clôture. Au sens propre "la clôture" est tout obstacle naturel ou réalisé de la main de l'homme qui, placé sur tout ou partie d'un terrain, en fixe les limites et en empêche l'accès. Il existe différents types de clôture, telle que la clôture des ordres religieux, ou autrefois, pour séparer moines et moniales et ainsi ne pas risquer de rompre l'abstinence sexuelle, l'espace réservé aux religieux était strictement fermé et délimité par un obstacle physique (mur, grille...). La clôture, c'est aussi le moment où l'on arrête le déroulement d'une phase d'instruction, c'est la clôture d'une procédure qui permet de passer à autre chose. La clôture c'est encore une

protection, elle permet d'éviter le vagabondage des bêtes enfermées dans leur enclos qui les protège en même temps de prédateurs extérieurs. Dans ses autres définitions, le dictionnaire nous donne pour le mot « clôture » : secret, réserve et habileté à se taire. Comme la mise à l'écart de quelque chose de précieux, mais peut être aussi comme quelque chose de honteux, lorsque l'on sait la représentation et l'image que renvoie la mise en chambre d'isolement chez les proches des patients et même chez les soignants. Ainsi donc, la clôture n'est pas directement un enfermement, mais ça peut l'être.

L'exemple de la chambre d'isolement

La notion même d'espace du type chambre d'isolement a un risque, c'est que c'est un dispositif spatial de séparation (d'avec l'équipe soignante) avec une présence soignante qu'il faut bien définir. Le cadre de la prise en charge de la mise en chambre d'isolement est aussi une présence, mais ce cadre dans l'espace clos de cette chambre n'est pas suffisamment une présence. La présence ici n'est pas forcément physique, ce qui manque, c'est que le patient en espace clos du type chambre d'isolement est laissé à lui-même, mais un lui-même qui n'est pas un vrai lui, un vrai même, et qu'il est laissé à une sorte de deserrance, qui nous ramène au concept de la *Geworfenheit* (déréliction), terme souvent traduit par « être jeté », dans ces moments, « l'être » semble jeté là (comme dans un vide), abandonné, sans l'avoir choisi. C'est donc ce lieu clos, que nous interrogeons ici, en tant que risque de laisser un patient à sa deserrance interne, sous prétexte d'un vide externe, puisque la chambre est vide et sans vie.

Alors, comment transformer pour parvenir à une métamorphose interne du patient (nécessité ou pas de chambre d'isolement) ce lieu clos ? Il nous faut d'abord interroger les risques de ce lieu clos. Le lieu en lui-même, est une pièce vide avec pour seul mobilier, un lit (scellé) quand ce n'est pas un matelas posé à même le sol, une ou deux portes d'entrée pour la sécurité avec ces oculus qui donnent aux soignants la possibilité de voir sans être vus. La chambre d'isolement, de par ses limites physiques est un espace *contenant* qui permet aux patients de retrouver ses propres limites et de ne pas se perdre dans un néant. Dans leur grande majorité, ces patients hospitalisés sans leur consentement, même dans un espace clos, acceptent-ils peut-être « d'habiter » l'hôpital, ou alors, sont-ils dans un abandon total aux mains du soignant tout simplement pour être soignés.

Et puis, que nous disent les patients sur leur vécu en chambre d'isolement : « on perd la notion du temps, c'est un sentiment de vide total, on attend avec impatience la venue du soignant. » C'est aussi un vécu d'enferment, de contrainte, de non liberté d'aller et venir, même pour les gestes simples de la vie quotidienne, comme le repas ou la toilette. Le plus surprenant, c'est leur discours une fois sortis de cet espace clos, où très souvent ils reconnaissent ce temps vécu comme un moment nécessaire pour retrouver un mieux être, pour se *re-trouver*. Nous avons observé pour certains patients lors d'une rechute moins d'angoisse et de peur à l'idée de se retrouver en isolement, il y en a même qui font la demande de cet enfermement qui pour eux leur semble bon, « Quand j'avais des hallucinations, ça me prenait la tête, j'étais en insécurité complète [...]. J'avais peur de ce que je pouvais me faire. Je demandais à ce qu'on m'enferme »²⁶.

L'exemple du bateau

Le bateau est un espace délimité, un habitat (intérieur) restreint avec son carré, ses couchettes, et un espace (extérieur) réduit au pont, à son roof, sans compter l'encombrement de toutes les manœuvres nécessaires à la bonne marche du voilier. L'espace clos du bateau devient vite un trop plein d'accessoires indispensable à la vie à bord, et en même temps que ce trop plein d'objets marins, nous avons un trop plein de présence physique dans cet espace clos du bateau.

Interrogeons donc les risques d'une présence mutuelle constante. En effet, l'expérience d'une vie communautaire à bord d'un voilier, présente des aspects très spécifiques de la vie de marin. Tout d'abord, difficile d'ignorer la présence physique de l'autre, son « odeur », les bruits qu'il peut faire et même la musique qu'il écoute avec ses oreillettes, sa tenue vestimentaire qui a de l'importance en mer et qui ne laisse pas l'autre indifférent. Cette présence physique est non seulement accentuée par l'espace limité du bateau, mais aussi par l'instabilité de la coque sur l'eau qui nous amène parfois à exécuter des gestes et une gymnastique qui pourrait sembler bien singulière sur la terre ferme. En effet, il est fréquent de se frôler et de toucher l'autre à chacun de nos déplacements, et les gestes sont parfois rapides et peuvent paraître violents lors des manœuvres, si l'on veut éviter qu'un patient soit heurté par la bôme à l'occasion d'un virement de

26. Association Le bout du tunnel, *Notre vision de la sécurité à l'hôpital*, Film, Atelier audio-visuel, CH G Mazurelle, La Roche sur Yon, 2005.

bord, ou bien même pour monter ou descendre du bateau. Cette promiscuité, cette proximité physique, de chaque instant, jusque dans les moments importants d'une journée, comme les repas, le lever, le coucher n'est pas sans incidence sur les relations à l'autre. Le risque d'envahissement par le patient peu sembler inévitable, et pourtant il n'en est rien, sans doute parce que le patient n'a plus besoin de demander et de chercher le soignant comme dans une unité de soins, pour se confier à lui.

Enfin, osons nous risquer à opposer un lieu clos contraint, vidé de tout objet, avec une présence physique réduite dans le temps, comme peu l'être la chambre d'isolement, à un lieu lui aussi délimité, où une présence est constante, ce qui peut être un risque important d'invasion au niveau de la proxémie, mais aussi un risque de confusion dans la relation soignant-soigné. Risque de la chambre d'isolement espace clos vide et risque éventuellement de l'espace bateau, espace clos plein ou bateau espace délimité plein. Ce mot « clos » est-il suffisamment précis pour parler de ces deux clôtures ? La seule référence au clos, c'est la matrice que représente la coque du bateau, élément contenant du côté du mater et parallèle avec le cadre soignant (cadre de la loi) du côté du pater.

Si prendre soin dans un espace clos est un risque ? Alors il n'y aurait pas de risque à prendre soin dans un espace non clos ? La notion du danger n'est sans doute pas ce qui caractérise un espace clos. Un espace clos ce n'est pas fait pour être immédiatement dangereux. Même pour une prison, sa caractéristique n'est pas immédiatement dangereuse, au contraire c'est de protéger les autres et éventuellement soi-même contre un danger.

Le danger ou la peur liée à l'espace clos

Comment ne pas parler des peurs ou de la peur que nous dit le patient lorsque le soignant le laisse à lui-même dans une chambre d'isolement ? Comment ne pas parler de la peur que peut ressentir le patient, lorsque l'espace délimité du bateau, soumis aux éléments extérieurs (mauvaises conditions climatiques) ou aux éléments intérieurs du patient (ses angoisses), devient un espace clos insécurisant ? Comment ne pas parler de la peur des soignants ? Et jusqu'où le

soignant peut-il tolérer cet état de peur, comme celui vécu par le patient ? Doit-il attendre que le patient trouve en lui les ressources nécessaires à son mieux être ? Qu'il trouve la vérité sur ce qui fait sa maladie ? Doit-on valoriser la crainte, la peur ? Alors que le plus souvent dans l'état de vulnérabilité où se trouvent les patients atteints de troubles psychiques, la peur est leur quotidien et le plus souvent se transforme en angoisse inexplicée. Comment savoir si le patient vit dans une peur qui peut lui être féconde au sens où l'entend Hans Jonas, ou bien alors dans une peur qui l'enferme et le maintient prisonnier de sa maladie et le prive ainsi de liberté. De quelle peur s'agit-il ? Est-ce la peur que l'on subit (la peur passion nous dirait Kant) et qui nous rend aliéné, ou bien est-ce une peur qui serait active en notre for intérieur et qui pourrait nous libérer ?

Alors il est de notre responsabilité de soignant, d'accompagner le patient à vivre au mieux avec sa peur, tout en ne rajoutant pas de sa propre peur à celle du patient, car il nous faut aussi envisager la peur du soignant devant les dangers qu'il perçoit. Les dangers relatifs au vide et au désir de mort que pourrait provoquer l'isolement lié à une trop grande souffrance psychique, les dangers relatifs aux nombreuses sollicitations imposées lors d'un séjour thérapeutique, jusqu'au danger pour le patient de se perdre encore plus dans un infini qui le « néantise ». Notre pouvoir de soignant sur le patient avec toute sa vulnérabilité détermine notre responsabilité à son égard. Le niveau d'engagement du soignant dans une prise en charge à l'occasion d'un séjour thérapeutique déterminera son niveau de responsabilité. C'est son attitude particulière par rapport au sujet (patient), c'est sa crainte, sa peur créatrice pour l'être singulier qu'est le patient qui fera que son action soignante aboutisse à des conséquences souhaitables pour le patient. En cela, il sera responsable pour l'autre.

Cependant, le soignant ne pourra-t-il pas être responsable sans crainte et sans cette peur pour le patient, peur féconde, moteur indispensable de l'action soignante. Une peur qui met le soignant dans l'anticipation de ce qui peut advenir du malade, une peur qui sera à l'origine d'une bienveillance et d'une sollicitude pour accompagner le patient dans sa reconstruction, pour éviter sa destruction, sa disparition. Cette peur dont nous parle Hans Jonas, qui peut modifier notre agir humain, notre agir soignant. « La peur qui fait essentiellement partie de la responsabilité, n'est pas celle qui déconseille d'agir, mais celle qui invite à agir ;

cette peur que nous visons est la peur pour l'objet de la responsabilité. »²⁷

Le risque de la rencontre

Une rencontre est toujours risquée dans le sens où elle laisse toujours une place à l'inattendu, au hasard. Le propre de la rencontre, est qu'elle ne se passe jamais comme nous l'avons imaginée, et nous savons que « la certitude est ennemi de la rencontre »²⁸. Le mot de rencontre n'est pas exclusif au monde soignant, dans la rencontre, il y a le mot "contre", comme quand deux équipes se rencontrent (la rencontre sportive). Dans la rencontre il y a comme une dynamique qui peut être violente (deux armées se rencontrent), contenir un patient en chambre d'isolement c'est aussi une rencontre

Le soin ne se caractérise pas par la rencontre, en revanche si l'on veut réfléchir sur la rencontre dans le soin ou la rencontre comme soin, alors il faut notamment s'interroger sur la question de la présence, car le soignant peut être physiquement présent et son esprit être ailleurs, non disponible pour l'autre (le patient). D'un vide sans soignant dans une chambre d'isolement nous passons au plein de soignant dans le bateau, mais qu'en est-il de la présence de ces soignants ? La notion de rencontre dans ce contexte ne veut pas dire qu'il y a rencontre au sens où ils me connaissent, je les connais ; ce n'est pas non plus une rencontre au sens de quelqu'un que je ne connais pas, mais c'est une rencontre au sens de découvrir en l'autre quelqu'un que je ne connais pas, et réciproquement. C'est ce qui fait l'essence même d'un séjour thérapeutique.

Dans le séjour thérapeutique, la présence (physique), elle, est constante. Il y a là une temporalité qui est une continuité, une durée et la rencontre n'est pas forcément dans la durée. A contrario, dans le cas d'une rencontre hasardeuse, on entend d'une certaine manière quelque chose qui va durer ou qui est amené à durer, il faut donc que ce soit dans ce mot rencontre autre chose, un autre sens. Cette rencontre hasardeuse, c'est un moment où des gens qui d'habitude ont des temporalités discontinues, comme le soignant qui n'est pas toujours présent dans le soin habituel, dans l'hospitalisation du patient où il y a un temps et un espace de séparation d'avec le patient. Ces soignants qui d'habitude ont un temps et un

27. Hans Jonas, *Le principe responsabilité*, Editions du Cerf, 1990, p.441.

28. Eric Fiat, *cours de M2 de Philosophie pratique*, 2011

espace discontinu disposent dans le cadre d'un séjour thérapeutique d'un espace et d'un temps plutôt continu. Mais est-ce pour autant ce qui favorise la rencontre ? Est-ce que le plein, et la continuité, favorisent une rencontre ? Ou favorisent-ils autre chose, mais quoi ? Et d'ailleurs, la rencontre en elle-même n'est pas le soin, il faut donc autre chose pour qu'il y ait une rencontre comme soin. Il faut une relation de soin derrière cette rencontre.

Pour faciliter cette relation, un des avantages du bateau, c'est de travailler sur le plein, le contigu, la promiscuité, un espace qui pourrait s'apparenter à la fusion (espace fusionnel, confusionnel) et qui va introduire à l'intérieur des espaces qui vont permettre une ouverture, qui vont permettre une liberté, qui vont permettre une séparation. Mais le lieu du bateau, est aussi, un moment de "touillage" comme dans le conte où l'on retrouve des moments de confusion (de rôle), ici le patient devient barreur, wincheur, bosco, qui permettent (ou pas) de se confronter à autre chose. Et comme il y avait un risque du vide où le patient peut se perdre dans un néant, nous sommes aussi confrontés au risque du plein où le patient n'existe pas dans ce qu'il est véritablement, mais où il existe dans un autre que lui. Le risque de la rencontre propre à l'espace clos (chambre, bateau) serait le risque d'une rencontre qui n'en serait pas une.

La rencontre, ce sont deux personnes différentes, deux temporalités différentes. Lorsque Michel Geoffroy dans son livre intitulé « *La patience et l'inquiétude* »²⁹ nous parle du *tempus* des malades comme d'un temps intérieur, un présent « plein » et continu qui permet que la relation soigné-soignant soit plus qu'une relation, mais une co-présence. « Il préfère nous parler de Rencontre (avec un R majuscule) que de relation, car cette dernière n'implique aucune co-temporalité. Ces instants suffisent et s'inscrivent dans le temps la Rencontre constitue un événement qui nécessite, non pas une coïncidence d'instant, mais bien la *durée* d'une *co-présence*. En effet, hors de la succession des instants, la Rencontre toute prévisible qu'elle puisse être, déborde toujours les prévisions. Autrement dit, pour être éthique la relation entre soignant et soigné a besoin de la possibilité d'une Rencontre »³⁰.

Dans la co-présence il y a quelque chose de plus, un "état", quelque chose qui

29. Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude*, op. cit.

30. Philippe Svandra, « Le temps du soin », *Soins Cadre de Santé*, n°62, mai 2007, p.27.

a une temporalité calme, sereine, apaisée et qui permet cette Rencontre de deux temporalités (soignant et soigné), qui s'inscrit bien dans une relation de soins, dans une ouverture à l'autre. C'est aussi dans cette co-présence que l'on peut éviter au patient le risque de se perdre beaucoup plus dans un espace clos (où tout est repérable), que dans un espace infini.

Chapitre III

SOINS ET INFINI : LES DERIVES PROPRES A L' INFINI

Si les risques sont plutôt propres à l'espace clos (délimité), pourtant nécessaires dans la phase aiguë du traitement d'un patient qui souffre de troubles psychiques, à cet espace fini où les limites sont posées, nous sommes aussi confrontés à l'idée d'un infini. Il n'est pas question ici de l'infini au dessus de nos têtes, ou face à nous, cet infini n'est pas non plus l'espace qui s'ouvre devant nous. Cet infini c'est l'autre, l'intériorité de l'autre. Que penser du soin à cet « autre », quand il s'agit d'un isolement contraint, ou d'un autre soin non consenti ? Il nous est difficile de penser un soin véritable et une liberté véritable sans penser à un soin ouvert.

Négation du consentement

"Le consentement est comme une chose qui circule d'un individu à un autre ; drôle d'objet susceptible à la fois de maîtrise et de vol. Du plus intime de soi-même au plus externe; de l'intériorité de soi à la relation à l'autre [...]. Alors, s'agit-il de pure liberté, ou d'inévitable rapport de force ? »³¹ Pourquoi ce terme consentement au lieu de liberté ? Geneviève Fraisse rajoute que le consentement se situe entre adhésion et acceptation, tacite ou éclairée, pourtant nous parlons d'hospitalisation « libre » et pas d'hospitalisation consentante. Il y a certes, de nombreux recoupements entre les deux concepts, mais ils ne sont pas identiques. Les deux pôles du consentement (adhésion, acceptation), pourraient renvoyer à une distinction entre la liberté absolue et la liberté relative. Le consentement est un rapport à autrui (le soignant) à la différence de la liberté. « Consentir, acte intime et singulier, est donc toujours un rapport entre des êtres »³².

Le travail du soignant peut consister à remettre les conditions d'un appel à la liberté (on le voit à travers les habilités, les compétences, les aptitudes à, etc.), pour le patient prisonnier de sa souffrance psychique. Mais peut-être que le soignant n'a pas vocation à appeler l'autre à la liberté, il a peut-être par contre vocation à voir les blocages qui l'empêchent d'aller vers quelque chose qui serait un commencement de liberté.

31. Geneviève Fraisse, *Du consentement*, Edition du seuil, 2007, p.25.

32. *Idem*, p.22.

Aujourd'hui, la liberté d'aller et venir des patients en psychiatrie, devient une préoccupation quotidienne des soignants. Comment peut-on soigner l'autre contre son gré ? Alors que la Loi du 4 mars 2002³³ nous précise combien le consentement éclairé est l'une des conditions de la qualité des soins et du respect de la dignité des personnes, nous avons un nombre toujours plus important³⁴ (au regard du nombre croissant des hospitalisations) de patients hospitalisés sans leur consentement à la demande de tiers ou hospitalisés d'office à la demande de l'autorité administrative. Les soins sans consentement, doivent toujours s'envisager non comme une situation figée, mais dans une perspective dynamique. « Le consentement peut être *libre*, ou *forcé*, et le "oui" oscille toujours entre choix et contrainte »³⁵

« Aucun traitement ne devrait être mis en œuvre contre la volonté propre du sujet ou indépendamment de celle-ci, à moins que le sujet n'ait pas la capacité d'exprimer ses propres souhaits ou bien, compte tenu de la maladie psychiatrique, ne puisse discerner ce qui va dans le sens de son propre intérêt [...], un consentement éclairé rétroactif doit être raisonnablement espéré, et toutes les fois où cela est possible, un consentement doit être obtenu de la part de quelqu'un qui est proche du patient ».³⁶

Comment le patient peut-il entendre que la finalité de sa situation d'hospitalisé est le soin, alors que cette situation est vécue comme quelque chose qui lui est imposé ? Nous retrouvons ici toute l'ambiguïté de cette prise en charge soignante qui remonte à 1838 où l'asile soigne en même temps qu'il enferme. Dans notre pays, seul le médecin psychiatre, en dehors du juge, dispose du pouvoir de priver de liberté un individu (pouvoir, laissé désormais au seul juge, après quinze jours d'hospitalisation sans consentement à compter du 1^{er} août 2011).

« Le consentement doit être *éclairé* pour qu'il soit valable face à un acte chirurgical ou un engagement moral [...], on développe une pédagogie de l'acte de

33. Loi du 4 mars 2002, Article L.1111-4, Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

34. 20% des hospitalisations se font à la demande d'un tiers.

35. Geneviève Fraisse, *Du Consentement*, *op.cit.*, p. 25.

36. Déclaration de Haway 1977, cité in, *Soins Psychiatrie*, n° 256, mai/juin 2008, p. 18.

dire "oui" de manière à exprimer le respect de la personne concernée. »³⁷ Si le consentement a gagné en savoir, et si l'information (droit du patient) lui est donnée d'une façon plus loyale qualitativement et quantitativement, il reste que le patient (celui qui reçoit les soins), n'est pas en position de force par rapport aux soignants (ceux qui donnent les soins), peut-on alors parler de consensus ? Y a-t-il eu suffisamment de discussion et de délibération entre soignant et patient ? « Dans quelle mesure lui est-il possible de *dissentir* devant un prescripteur fort d'un pouvoir médical difficilement contestable »³⁸. Dans la situation de la croisière thérapeutique, nous dirons qu'il y a recherche de consentement, mais cette « pédagogie de l'acte de dire "oui" » sera différente d'un patient à l'autre, pour que le soignant parvienne à ses fins (obtenir l'adhésion, acceptation du patient). Le soignant va devoir expliquer en quoi consiste un séjour thérapeutique, et les particularités d'un séjour sur un voilier, mais surtout en quoi ce séjour va permettre d'évaluer, d'améliorer les difficultés, la vulnérabilité psychique du patient.

« "Libre et éclairé" sont les deux qualificatifs qui s'ajoutent l'un à l'autre : la liberté plus le savoir, la volonté individuelle agissant en pleine connaissance, n'est-ce pas l'idéal du patient, du consommateur, et finalement du citoyen? »³⁹Consentement *éclairé* : jusqu'où va l'intensité de cet éclairage ? Consentement *libre* : le patient est-il totalement libre face aux soignants ? Ce que le patient demande c'est l'expérience et le jugement du soignant, ce qu'il demande au bout du compte, c'est que le savoir du soignant et du médecin aboutisse à un jugement qui engage une action pour parvenir à son bien. Ce qu'il demande, au médecin, c'est d'être médecin et au soignant d'être soignant. Jouer le patient éclairé n'est peut être pas son souhait dans un premier temps. Alors, si le médecin juge nécessaire telle prise en charge, pour le bien du patient, pour le rendre libre des contraintes de sa maladie, de son handicap, jusqu'où peuvent-ils forcer l'autre (le patient) à être libre ?

37. Geneviève Fraisse, *Du Consentement, op.cit.*, p. 25.

38. Barreau Pascal, « Le coaching-santé : une relation d'être au monde », *Savoirs et soins infirmiers*, Elsevier Masson, Paris, 2009

39. Geneviève Fraisse, *Du Consentement, op.cit.*, p. 95.

Faut-il forcer l' « autre » à être libre ?

Est-ce qu'on peut forcer quelqu'un à être libre ? Cette question, cette réflexion philosophique, nous la retrouvons déjà dans l'allégorie de la caverne de Platon, lorsqu'il écrit : « Qu'on détache l'un de ces prisonniers, qu'on le force à se dresser immédiatement, à tourner le cou, à marcher, à lever les yeux vers la lumière : en faisant tous ces mouvements, il souffrira et l'éblouissement l'empêchera de distinguer ces objets dont tout à l'heure il voyait les ombres. »⁴⁰ Le « faut-il forcer à être libre » est une réflexion philosophique que Rousseau lui aussi a déjà étudié dans son « *Du contrat social* », où il justifie l'usage de la force pour arriver à des fins qui soient conformes à l'ordre social : « quiconque refusera d'obéir à la volonté générale y sera contraint par tout le corps ; ce qui signifie autre chose sinon qu'on le forcera d'être libre »⁴¹. Cette antinomie que l'on trouve dans le « forcer » et l' « être libre », nous la retrouvons aussi dans nos pratiques soignantes, c'est aussi une réflexion à partir de notre pratique soignante qui a une déontologie.

Le « faut-il » suppose une règle déontologique, et nous sommes ici dans un espace d'éthique soignante. Déontologiquement si nous posons la question à l'heure actuelle après la loi du 4 mars 2002 : Faut-il forcer l'autre à être libre ? Est-ce que, finalement la loi de 2002 ne nous met pas dans la situation de forcer l'autre à être libre ? Y-a-t-il une possibilité logique entre ces deux termes *forcer* et *libre* ? Devant la somme d'information que donnent les médecins et soignants (que ce soit avant une consultation pour une intervention chirurgicale, ou même pour des soins en psychiatrie), ne sommes-nous pas devant une situation où l'on force le patient à agir « librement », où il est libre d'agir mais dans une situation qu'il ne maîtrise pas.

Alors, doit-on forcer l'autre à être libre ? Faut-il ? Si oui, cela s'apparente à un impératif d'ordre social, d'ordre légal ou d'ordre thérapeutique, si l'on considère que le soin en psychiatrie, dans la mesure du possible, c'est de rendre sa liberté à l'autre. Mais "rendre " ne veut pas dire forcer l'autre à être libre. Peut-être retrouvons-nous ici notre ligne de foi, notre cap vrai, où il nous faut corriger et naviguer sans cesse ? Dans l'éducation, nous forçons les enfants à être libre dès la naissance, nous assurons d'abord peut être une sécurité, nous assurons un cadre

40. Platon, *La République*, Livre VII, paragraphe 515.

41. Rousseau, *Du contrat social*, Livre I, chapitre VII, GF Flammarion, 2001, p.60.

sécure pour leur permettre de faire des pas significatifs authentiquement humains pour ne pas les lâcher dans la nature comme des grands qu'ils ne sont pas. Pour les patients qui ont des blocages y compris avec leur propre liberté, nous avons à leur donner cette liberté là. Mais alors, là encore, que faisons-nous du consentement ?

La contrainte peut-elle rendre libre ?

Cette formule recèle des paradoxes, car on a tendance à penser la liberté comme l'absence de contrainte. Être libre serait : faire ce que je veux, quand je veux, comme je veux, avec qui je veux. Si nous considérons la liberté comme un objet attirant en soi, pourquoi alors se forcer à quelque chose d'attirant en soi ? Pouvons-nous imaginer forcer un amoureux de la mer pour une sortie en bateau ? Et si nous évoquons le fait qu'il faut forcer, contraindre en quelque sorte à être libre, cela pourrait vouloir dire que nous ne sommes pas libres naturellement.

Dans l'éducation des enfants, nous retrouvons un usage légitime et nécessaire de la force, de la part des parents. Pour que les enfants passe d'une situation *d'hétéronomie* qui veut dire étymologiquement *hétéros* (l'autre) et *nomos* (la règle, la loi), à une situation *d'autonomie* (avoir sa propre loi), les parents devront user parfois de la force physique (sans même donner d'explications sur le moment), pour arrêter un geste que l'enfant pourrait regretter après coup. Lors d'un syndrome confusionnel, ou d'une importante activité délirante, le patient agit d'une façon qui ne correspond pas à ce qu'il « devrait être » s'il n'était pas malade ; il est dans une situation d'hétéronomie, et dans ce cas, la contrainte physique qui peut aller jusqu'à la contention, permet de palier cette situation d'hétéronomie. Dans le cas d'utilisation de produits illicites, la personne est dans un état où il n'est plus réellement lui même et où, après coup, il pourrait lui aussi regretter ses actions alors que personne ne l'a obligé à le faire et en même temps il peut dire « je n'assume pas par ma raison cette situation là, donc j'étais dans une situation hétéronomique ». Sous l'effet de l'alcool je suis dans une situation d'hétéronomie, comme dans le cas du handicap psychique, du handicap mental. L'hospitalisation en elle-même, dans ce qu'elle a d'infantilisant, peut conduire le patient à cette situation d'hétéronomie.

Le manque de maturité pour l'enfant, la situation d'hétéronomie du patient nous oblige donc de le forcer à être libre. Le forcer à aller vers des activités, vers des attitudes qui vont l'aider à déployer librement ses capacités. Contraindre le

patient à une prise en charge rythmée et cadrée dans le temps, l'obliger à des périodes d'ouverture et de fermeture, conseiller (fortement) voire imposer au patient de vivre l'expérience d'un séjour thérapeutique n'est pas être un tyran, c'est avoir comme objectif, qu'il puisse disposer librement de ses habilités et capacités sociales qui lui permettent une existence meilleure. C'est aussi le cas dans l'exemple du travail, où la contrainte est quelque chose qui paradoxalement peut nous rendre libre. La contrainte nous rendrait plus libre par rapport à nos conditions de vie.

Dialectique du maître et de l'esclave chez Hegel

Dans la *phénoménologie de l'esprit*, Hegel s'interroge sur ce qui fait le propre de l'homme. Il remarque que ce qu'il y a de fondamental chez l'homme, c'est le désir d'être reconnu. Il envisage un scénario où deux hommes veulent être reconnus, mais là, il y a une difficulté parce que chacun veut être reconnu premier. Le mot dialectique chez Hegel signifie un processus où des éléments distincts vont se modifier au cours du processus. Dans cette lutte à mort de pur prestige, il apparaît une distinction entre les deux, celui qui préfère mourir plutôt que de ne pas être reconnu, c'est celui qui va devenir le maître et celui qui se dit « à tout prendre, je préfère continuer à vivre, tant pis si je ne suis pas reconnu », c'est l'esclave. Nous avons donc le maître qui n'a pas peur de la mort, un individu libre qui fait ce qu'il veut, (il demande à l'esclave d'aller préparer son repas) ; et cet individu qui serait prêt à toutes les lâchetés du moment qu'il continue à vivre, un individu asservi c'est l'esclave.

Hegel comprend que progressivement, les choses vont s'inverser, car le maître s'habitue à ne rien faire et au bout d'un moment, l'esclave qui était la figure de la servilité, devient la figure de l'apprentissage, il apprend à maîtriser la nature, à la transformer. L'esclave joue le rôle du genre humain qui apprend à dominer la nature à travers la technique, à travers la science, il apprend à mieux comprendre les mécanismes qui nous entourent, et puis, de proche en proche, il devient plus libre. Et nous avons cette figure étonnante d'un esclave qui devient la figure de la liberté, parce que le maître ne sait rien faire, ne comprend pas la nature et est voué à disparaître. L'idée de cette dialectique, c'est que nous nous libérons en apprenant, en nous confrontant à la difficulté. La liberté n'est pas une faculté immédiate, l'homme ne naît pas libre, l'homme devient libre, et il le devient en

apprenant à contourner les difficultés, à faire avec les contraintes. Un séjour thérapeutique, qui plus est sur un voilier, peut être vécu comme contraignant, ennuyeux mais, une fois surmontées ces contraintes, le patient peut atteindre un état de liberté, de bonheur important, de sublimation, lorsqu'il comprendra que malgré tout, ce séjour le force à agir d'une façon qui rende possible la vie en commun.

Hegel nous donne à voir que la liberté n'est pas innée, qu'elle n'est pas immédiate, qu'elle se conquiert, que cette conquête est rendue possible par la contrainte exercée par le maître. Dans nos vies, il n'y a certes pas un maître de type féodal pour nous contraindre au travail, mais il y a des éléments de pression divers et variés, des éléments du quotidien (nos collègues, nos amis, notre famille, nos voisins...) qui nous aident à être à la hauteur de ce que nous sommes. Pour atteindre la figure de nous même où nous nous reconnaissons, cette liberté, nous avons absolument besoin de l'autre, et cet autre pour le patient, ce sont les soignants et parfois même d'autres patients d'autres « copains de maladie » ; et encore une fois, la contrainte est indispensable. « La contrainte aurait cet avantage de nous aider à nous déployer avec davantage de liberté »⁴². Mais quel peut être réellement ce « maître » éclairé qui va agir avec justesse et justice pour le patient qui souffre d'un handicap psychique ?

Les risques d'une dérive totalitaire

Cependant, si nous revendiquons la présence de l'autre pour aider l'homme fragile à être libre (l'enfant, l'handicapé psychique), il ne faut pas oublier les risques d'une dérive autoritaire, voire totalitaire, où derrière cette idée que le patient a besoin de soins, donc des soignants, peut se glisser un interventionnisme exagéré à l'égard de ce dernier et une tendance à la surveillance permanente. « Autant de cages, autant de petits théâtres, où chaque acteur est seul et constamment visible. »⁴³ Ici, Michel Foucault nous évoque l'obsession panoptique du panopticon, (la fameuse architecture utopique et carcérale) imaginée par le philosophe utilitariste Jérémie Bentham. Cette obsession panoptique, nous menace tous aujourd'hui, dans la société de contrôle et de surveillance où nous vivons. « Notre société n'est pas celle du spectacle mais celle de la surveillance. [...] »

42. Bertrand Quentin, *Les restrictions de libertés en psychiatrie*, Colloque, Journée de Chaligny, mai 2011.

43. Michel Foucault, *Surveiller et punir, naissance de la prison*, Gallimard, 1975 p.201.

Nous ne sommes ni sur les gradins, ni sur la scène, mais dans la machine panoptique, investis pas ses effets de pouvoir que nous reconduisons nous-mêmes puisque nous en sommes un rouage. »⁴⁴ Une autre dérive nous menace, pour répondre à un besoin de sécurité pour plus de liberté, l'homme contemporain cherche à se prémunir contre tous les risques de l'existence. « L'obsession du risque zéro relève d'une pathologie paranoïaque qui nous entraîne dans une logique d'isolement digne du XIX^e siècle »⁴⁵. Le soignant en psychiatrie pour se prémunir des risques et des conséquences liés à la fragilité psychique du patient, peut lui aussi sombrer dans cette obsession panoptique, et dans cette obsession du risque zéro. A vouloir se prémunir contre toutes ces obsessions, on ne vit plus, et comme nous le dit le docteur François Léon⁴⁶ sous forme de boutade : « le principe de précaution consisterait à empêcher les gens de vivre, pour leurs permettre de ne pas mourir » ; alors le risque devient celui de passer à côté d'une véritable relation soignante, qui s'inscrit dans une liberté de choix réciproque, celle du patient et celle du soignant qui doit choisir le bon cap à suivre.

« La liberté au sens concret du mot, consiste dans une possibilité de choix. Il s'agit bien entendu, d'une possibilité réelle. Partout où il y a vie commune, il est inévitable que des règles imposées par l'utilité commune, limitent le choix. [...] Il faut que les règles soient assez raisonnables »⁴⁷ Dans les actions soignantes, il existe une sorte de spatialité, le cadre n'est pas précisé mais les actions soignantes sont des choses ponctuelles à l'intérieur d'un cadre défini par des règles. Les actions soignantes sont des actions toujours très cadrées ; derrière le mot action, il y a le mot cadre qui n'apparaît pas, et qui délimite les choix du patient. Pourtant, le soin est et doit être un geste créateur, qui fait irruption dans la temporalité du patient, et se confronte à sa liberté, à sa liberté de choix. Le soin, notamment le soin relationnel dans un temps donné, doit être ce moment créateur, unique, non reproductible, non industriel, non procédural, et si nous passons à côté de ce moment créateur, il est trop tard et nous passons à côté de ce qui aurait pu être bénéfique pour le patient. Ce *kairos*, ce moment opportun relève de la responsabilité du soignant. Alors, à ce moment, quelle réponse allons-nous donner

44. *Idem*, p.218.

45. Bertrand Quentin, *Les restrictions de libertés en psychiatrie, op. cit.*

46. François Léon, *Médecin Psychiatre*.

47. Simone Weil, *L'enracinement*, Folio essais, 1990, p.21.

au patient ? Quel sera notre cap à suivre à ce moment précis ? Le risque se trouve dans la réponse soignante adaptée, dans la juste réponse, dans cette « décision réfléchie »⁴⁸ comme le dirait Aristote, qui considère plutôt les moyens qui peuvent mener au but souhaité. Cette juste réponse est celle qui va réapprendre au patient le risque à vivre ailleurs, à se retrouver, avec d'autres habitudes. Cette juste réponse dans ce moment créateur, sera celle qui marquera un équilibre dans la balance où s'opposent le tout sécuritaire (totalisant) et le risque (angoissant) de s'ouvrir à l' « autre » et à autre chose.

L'homme a toujours besoin d'un « autre » (la *co-présence* : une nécessité)

Cette *co-présence* telle que la définit Michel Geoffroy⁴⁹ dans son ouvrage, est rendue possible par l'inquiétude qui est la condition ontologique nécessaire à la patience du soignant à l'égard du patient. Il faut savoir être patient, pour qu'il y ait « Rencontre », il faut laisser venir le temps de l'autre. Dans le mot « présence », il y a le mot « être » ; dans le mot « co-présence » il est défini comme un équilibre qu'il n'y a pas dans le mot « accompagnement », et qu'il n'y a pas dans « forcer l'autre à... », où l'on y trouve une différence très précise.

Dans la *co-présence* cette différence, ce déséquilibre est gommé. Mais si elle est nécessaire, alors on redit une différence, on redit que s'il y a un des membres qui n'assume pas le « Co » de la présence, la présence de l'autre sombre, et disparaît. Ou bien alors, dans cette « co-présence : une nécessité » on pense dans le mot nécessité quelque chose qui reste de l'ordre de la clôture, donc le moment où l'on aura à laisser l'autre aller sans autre nécessité que d'être lui-même, présence à lui même et aux autres qui ne sera pas forcément dans une présence aux soignants.

La « co-présence » : une nécessité, renvoie aussi à une durée indéfinie, et la caractéristique du soignant c'est qu'à un moment donné, il n'est plus en présence du soigné, il n'aura plus à le rencontrer. Quel est le statut de présence d'un absent dans le soin comme dans la vie ? Il faut une co-présence absente, le patient doit savoir qu'il peut compter sur le soignant, et cela sans en abuser.

Dans cette situation de la chambre d'isolement, où l'on met le patient dans un

48. Aristote, *Ethique à Nicomaque*, *op. cit.*, p. 115.

49. Michel Geoffroy, *op. cit.*

espace clos, on le met dans la situation de ne pas vouloir compter sur le soignant, il exclut le soignant de son propre processus de soin. C'est donc une absence qui a trop de présence (au sens de l'encombré) c'est une absence qui l'encombre. Sur le voilier, nous retrouvons dans l'espace clos la situation de pouvoir compter à tout moment sur le soignant, cette inclusion du soignant dans le monde clos du bateau nous donne cette « présence » qui peut être aussi un trop de présence qui l'encombre et qui n'est pas une co-présence et devient une absence. Quand le malade s'en va, d'un lieu soignant, il se sépare du soignant, il faut qu'il sache que cette « absence » là, pourra au moment où il en aura besoin répondre « je suis là ! » C'est la vraie présence, ce n'est pas une présence encombrante, ce n'est pas une présence de plein, c'est une présence qui laisse une liberté et qui donne au patient toute possibilité d'appeler l'autre (le soignant) pour une nouvelle « Rencontre », et nous sommes là dans l'idéal de la prise en charge ambulatoire, dans l'idéal de l'homme.

L' « autre » cet Infini.

Emmanuel Levinas, dans sa philosophie, joue l'infini contre la totalité, il nous explique que l'infini est ce qui nous échappe, il est transcendant, extérieur à moi-même, et je ne pourrai jamais le totaliser, le posséder. L'infini c'est l'« Autre », « Le visage *signifie* l'Infini »⁵⁰. Dans une chambre d'isolement, espace infiniment clos, et sur un bateau face à cet espace infiniment illimité qu'est la mer, jusqu'où, et jusqu'à quand prendre soin de l'« Autre » ? Quel sera pour moi le soignant, le cap vrai à suivre pour répondre à ce « visage » qui m'oblige ? A-t-on jamais fini de prendre soin de lui ? Le soignant n'a jamais fini de prendre soin de l'autre, il n'a jamais fini de répondre à l'appel du visage. Avec la philosophie de Levinas, on n'a jamais fini de prendre soin de l'autre, on ne dort jamais tranquille, comme le capitaine sur son bateau toujours inquiet (sur le qui vive), pour l'équipage. Platon,⁵¹ dans la métaphore du bateau et du capitaine, nous explique l'art de gouverner à travers le pilotage d'un navire qui nécessite sagesse et connaissance du bien.

50 Emmanuel Levinas, *Ethique et infini*, éd. Le Livre de poche, 1982, p.101.

51 Platon, *La République*

«N'est-ce pas à la fois le pilote et les matelots, dont les sens s'unissent à l'intelligence du pilote, qui se sauvent eux-mêmes en même temps que le vaisseau.»⁵²

Avec le patient, cet infini, vulnérable et confronté aux incertitudes du lendemain, le soignant se retrouve tel Ulysse, confronté à l'incertain incarné par la mer ; Ulysse qui représente cette forme de l'action libre, mais aussi la mêtis, la ruse nécessaire quand on se confronte à l'incertain. Et lorsque le bateau part, chacun monte à bord avec son passé, son histoire, sa souffrance, mais sera considéré comme part entière de l'équipage, chacun aura son rôle, à tour de rôle, sa place, et trouvera souvent un sens à son existence. Parce qu'il n'y a plus à bord que les forces de chacun pour mener le voyage à son terme, pour faire face aux éléments, aux imprévus et à ce qui devient une « aventure thérapeutique » avant tout. Tout le monde compte, personne n'est en marge. Assurément on va s'engueuler, pester, râler, mais on va aussi se découvrir, s'aider, s'étonner et redonner du sens.

Si l'infini c'est l'« autre » comme le dit Levinas, et le fini clos, alors cet infini qui nous appelle remet constamment en question notre propre liberté, « Aborder Autrui, c'est mettre en question ma liberté, ma spontanéité de vivant, mon emprise sur les choses »⁵³. Maintenir le bon cap, le « cap vrai » de nos actions soignantes, c'est pouvoir éviter bien des écueils et des dérives soignantes. Si « l'éthique est le refus de la posture dans un changement permanent, ou l'on est toujours inquiet »⁵⁴, comment permettre aux soignants de ne pas sombrer dans un fonctionnement à son tour fini et clos ? Peut-être est-ce simplement de ne pas penser un soin véritable et une liberté véritable sans penser à un soin ouvert, quelque soit le lieu, l'espace et le temps où se situe le soin.

52. Platon, *La République, Les Lois, Livre XII*.

53. Emmanuel Levinas, *Totalité et infini*, Col Livre de Poche, 2006, p.339.

54. Eric Fiat, *cours de M2 de Philosophie pratique, op.cit.*

CONCLUSION

De l'espace clos de la chambre d'isolement à l'espace clos de la coque d'un bateau, ces deux espaces qui ont vocation à soigner l'autre, nous semblent tellement à l'opposé l'un de l'autre. Et pourtant, le temps d'une navigation à la recherche de sens pour une meilleure action soignante, nous pouvons observer bien des similitudes entre ces deux lieux. Le séjour thérapeutique sur un voilier peut être considéré pleinement comme un véritable outil de soin. C'est, cette expérience d'un vécu partagé entre des soignants et des patients sur un temps donné mais surtout dans le contexte si particulier du bateau porté sur la mer, où le patient redevient lui-même, à travers les changements qui s'opèrent.

Cet espace soignant qu'est le bateau sur la mer, est ce lieu habité qui transforme les comportements. Du consentement négocié, et dans un mouvement des êtres (soignants et soignés) les uns vers les autres, ce consentement se transforme, de l'acceptation en adhésion, puis en liberté de choisir. Le séjour dans l'espace clos du bateau ou de la chambre d'isolement serait donc le temps d'une métamorphose intérieure du sujet (patient), qui transforme à son tour la relation soignant soigné. Ce qui permet cette transformation attendue chez le patient, c'est la présence de « l'autre », le soignant. Mais contrairement au trop plein de « vide soignant » dans la chambre d'isolement, nous avons un trop plein de « présence soignante » qui peut être difficile à gérer et risquée dans le séjour sur le bateau. Alors, jusqu'où prendre le risque d'une métamorphose, en se risquant à soigner dans un espace clos ? Nous avons vu que l'espace clos en lui-même n'est pas dangereux, le danger est que le patient s'y perde jusque dans un infini qui le néantise, dans un désir de mort.

Mais que fait-on de la liberté de choix du patient ? Le patient peut accepter ce soin sans véritablement consentir, et une fois embarqué, n'a plus d'autre choix que de se laisser « porter » sur cette « mer », espace inconnu, milieu étranger et source d'angoisse. Mais cette « mer » est aussi celle qui berce la coque, espace contenant rassurant qui rappelle le souvenir d'une vie intra utérine, où l'enfant fait corps avec sa mère. Dans cette expérience de navigation, le patient n'est pas toujours libre au départ, il n'est pas libre car prisonnier de sa maladie, des contraintes liées

à sa maladie, et des contraintes du soin. Cependant, même avec des soins sous contraintes, en leur procurant des soins parfois malgré eux, il est alors possible de leur restituer la liberté.

Hegel nous donne à voir que la liberté n'est pas innée, et que la contrainte exercée par le maître peut nous aider à conquérir cette liberté. Le maître, dans la situation du soin, serait le soignant qui au départ peut contraindre le patient, qui passera de cette situation d'hétéronomie du malade à une situation d'autonomie. Le « maître » soignant, est celui qui dans un accompagnement, permet au patient d'apprendre, de contourner les difficultés de tracer sa propre route, pour accéder à une véritable liberté de choix. Puis ce « maître » soignant peut alors disparaître, et laisser le patient à sa propre navigation, le laisser définir quelle sera sa propre route, son cap à suivre en fonction de l'environnement et des éléments qui l'entourent.

Définir un cap à suivre et tracer une route nécessite, comme dans un plan de soin, des réajustements permanents. Nous avons vu que les risques dans ce type de prise en charge sont ceux, d'un interventionnisme trop important et d'une surveillance permanente, qui voudraient répondre à cette obsession du risque zéro qui finalement prive l'autre de liberté. Faire le point, régulièrement, comme sur une carte et choisir le bon cap à suivre, prendre la juste décision au bon moment, toujours rechercher les bons moyens, c'est ainsi qu'Aristote définit l'éthique, c'est sans doute là que se trouve le « cap vrai » de nos actions soignantes. Seulement, cette route, ce cap à suivre n'a de sens que si la relation soignant-soigné, s'opère tout d'abord dans un accompagnement, « Celui qui accompagne [...] marche sur le même chemin et conserve toute sa capacité à guider, à indiquer la direction, le cap que s'est assigné la personne accompagnée »⁵⁵. Et plus encore que dans cet accompagnement, le cap vrai de nos actions soignantes ne se trouve qu'avec la nécessaire « co-présence » dont nous parle Michel Geoffroy⁵⁶, ou « l'un » n'existe que par « l'autre » (cet infini), jusque dans l'absence (séparation d'avec le soignant), qui donne au patient cette liberté d'appeler le soignant pour une nouvelle « Rencontre ».

55. Barreau Pascal, « Le coaching-santé : une relation d'être au monde », *op. cit.*

56. Michel Geoffroy, *op. cit.*

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

Alain de Libera, A. Elamrani-Jamal, Alain Galonnier, *Langage et Philosophie*, Librairie philosophique, J VRIN, 1997.

Anzieu Didier, *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1985.

Aristote, *Ethique à Nicomaque, Livre V*, Le livre de poche, La Flèche, 2007.

Bachelard Gaston, *La dialectique de la durée*, Paris, PUF, 1993.

Baudelaire Charles, *Petits poèmes en prose*, Les Vocations, 1867.

Descartes René, *Discours de la méthode* (1637), 6e partie, Bibliothèque de la Pléiade, Éd. Gallimard, 1966.

Foucault Michel, *Surveiller et punir, naissance de la prison*, Gallimard, 1975.

Fraisse Geneviève, *Du consentement*, Edition du seuil, 2007.

Goeffroy Michel, *La patiente et l'inquiétude*, Paris, Ed Romillat, 2004.

Heidegger Martin, *Essais et conférences*, Gallimard, 1958.

Jonas Hans, *Le principe responsabilité*, Editions du Cerf, 1990.

Le livre de Jonas, *La Bible de Jérusalem*.

Levinas Emmanuel, *Ethique et infini*, éd. Le Livre de poche, 1982.

Levinas Emmanuel, *Totalité et infini*, éd. Le Livre de poche, 2006.

Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Tel-Gallimard, 1990.

Pascal, *Pensées*, édition de L. Brunschvicq, GF Flammarion, 1976.

Platon, *La République*, Livre VII.

Rousseau, *Du contrat social*, Livre I, chapitre VII, GF Flammarion, 2001.

Weil Simone, *L'enracinement*, Folio essais, 1990.

MEMOIRES

Fuseau Yannick, *Le séjour thérapeutique : expérience d'une croisière à la voile*, Mémoire CES Psychiatrie, Nantes, 1988.

DICTIONNAIRES

Dictionnaire de l'académie Française, 8th Edition, 1932.

REVUES

Barreau Pascal, « Le coaching-santé : une relation d'être au monde », *Savoirs et soins infirmiers*, Elsevier Masson, Paris, 2009.

Déclaration de Haway 1977, cité in, *Soins Psychiatrie*, n° 256, mai/juin 2008.

Ey Henri, *Défense et illustration de la psychiatrie*, in, « Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation à temps plein ? », *Information Psychiatrique*, volume 80, n°7, septembre 2004.

Svandra Philippe, « Le temps du soin », *Soins Cadre de Santé*, n°62, mai 2007.

SKETCHS et CHANSONS

Brassens Georges, *Les copains d'abord*, novembre 1964

Devos Raymond, *Je roule pour vous*, 1977

INTERNET

Henri Callat, décembre 2007, in, <http://adreuc.org>

FILM

Association « Le bout du tunnel », *Notre vision de la sécurité à l'hôpital*, Atelier audio-visuel CH G. Mazurelle, La Roche sur Yon, 2005.

Olivier Piguetti, « *Salut la compagnie* », Magazine Thalassa, France 3, 2001

INDEX NOMINUM

Aristote,	13, 22, 25, 41, 47
Anzieu Didier,	18, 19
Bachelard Gaston,	13
Barreau Pascal,	36
Bentham, Jeremy,	40
Bergson Henri,	13
Callat Henri,	12
Brassens George,	5
Baudelaire,	10
Géricault,	5
Devos Raymond,	10
Descartes René,	17
Fuseau Yannick,	11
Folcheid Dominique,	17
Ey Henri,	5
Fiat Eric,	18, 30, 57
Foucault Michel,	40
Fraisse Geneviève,.....	34, 35, 36
Goeffroy Michel,	13, 32, 42
Hegel,	39, 40
Heiddeger Martin,	14, 15
Jonas Hans,	29, 30
Kafka,	21

Kant Emmanuel,	29
Quentin Bertrand,	40, 41
Merleau-Ponty,	13
Léon François,	41
Levinas Emmanuel,	21, 29, 35, 39, 43, 44
Pascal Blaise,	22, 23
Piguetti olivier,	18
Platon,	22, 35, 43
Rousseau Jean Jacques,	37
Svandra Philippe,	32
Weil Simone,	41
Winicott Donald,	19

INDEX RERUM

A

ailleurs, 10, 11
 angoisse, 14, 18, 21, 27,
 29
 autonomie, 38

B

bien, 36, 43

C

Cap vrai, 6, 9, 37, 43,
 44
chronos, 13
 clôture, 25, 28
 « co-présence », 32, 42
 consentement, 6, 34,
 35, 36, 46
 contrainte, 38, 39
 correction, 9

D

désir, 39

E

enfermement, 6, 11, 27
 espace, 6, 12, 14, 15, 21, 22,
 26, 27, 31, 44, 46
 espace clos, 28, 29, 46
 exclusion, 11, 21

F

fermeture, 6, 38
 fini, 22, 23, 28, 34, 44

G

Geworfenheit
 (déréliction), 26

H

habiter
 habitus,
 habitude, 13, 14
 hétéronomie, 38, 47
holding et *handling*, 19
 humaniser, 20, 21

I

Inclusion, 11
 Intériorité, 15, 19, 21, 34
 Infini, 22, 23, 25, 29, 32, 34,
 43, 44
 Isolement (chambre), 25, 26,
 27, 29, 34, 42, 43

K

Kairos, 41

L

liberté d'aller et
 venir, 27, 34
 liberté, 6, 23, 29, 31, 34, 37,
 38, 39, 40, 41, 43, 44, 47

M

Médiateur, 17
 métamorphose, 6, 12,
 20, 21, 26
mètis (la), 43
 « Moi-Peau », 18, 19

N

néant, 18, 22, 27

O

Oikumenè, 10
 ouvert, 34, 44
 ouverture, 6, 38

P

panoptique, 40, 41
 présence, 30, 31, 42,
 43
 proxémie, 28,

R

relation, 17, 28, 31,
 32
 rencontre, 30, 31, 32,
 42, 43
 risque, 6, 25, 26, 28,
 30, 31, 40, 41
 rupture, 11 12, 14, 15

S

sécurité, 40
 sécuritaire, 21, 35,
 36, 37, 40
 séjour thérapeutique, 5,
 10, 11, 12, 14, 15 18, 29,
 31, 38, 39, 46

T

temps, 6, 12, 14, 15, 21,
 22, 27, 31, 44
 temporalité, 13, 15,
 31, 32, 41
 technicité, 17
téchnè, 17
tempus, 32
 trace, 22

