

L'impératif du questionnement éthique dans les nouvelles professionnalités : l'exemple de Barcelone

José
**Leal
Rubio**

Psychologue
clinicien,
Psychanalyste,
Superviseur
institutionnel,
Vice-président
du Comité
d'Éthique de
l'Assistance -
(Barcelone)

Alicia
Roig i Salas

Psychiatre,
Responsable
du Service de
Santé Mentale,
Horta-Guinardó
(Barcelone),
Présidente du
FCCSM

« Une vie sans questionnement n'est pas digne d'être vécue »
(Dialogues de Platon, Apologie de Socrate)

Le développement de la Réforme de l'Assistance Psychiatrique dans l'Espagne des années 70 a eu ses singularités par rapport aux autres processus mis en place dans des pays européens voisins. Il a coïncidé avec la lutte pour les libertés et les droits démocratiques abolis par la dictature de Franco. Par ailleurs, la lutte pour la désinstitutionnalisation et le retour des droits et de la dignité des patients isolés dans les hôpitaux psychiatriques ont coexisté avec le développement spontané des Centres de Santé Mentale, devenus Services de Santé Mentale Communautaires.

Multiplication des professionnels et de la transversalisation des services

Le développement de la réforme psychiatrique a coïncidé avec le développement de politiques et de services de bien-être ou politiques communautaires, fortement encouragé par le nouveau système démocratique restauré.

Cette situation nouvelle a entraîné l'apparition de nouveaux professionnels ou a modifié les fonctions de nombre d'entre eux qui, peu à peu, ont configuré un réseau plus ou moins articulé de services spécialisés.

A la figure du psychiatre déjà instauré au sein des équipes, se sont peu à peu ajoutées celles des psychologues, des assistants sociaux, des infirmiers, des thérapeutes et animateurs culturels, des spécialistes d'ateliers, des formateurs sociaux, des formateurs d'insertion au travail, des psychomotriciens, etc.

Certains appartiennent à des disciplines ayant quelque expérience dans le domaine de la santé, quoique assez peu dans celui de la santé mentale ; d'autres n'ont aucune expérience dans ce domaine ou dans des contextes non communautaires. Cela a apporté de la richesse, de la variété et de la diversité aux équipes, mais aussi de la complexité aux rapports professionnels. Cette complexité entraîne également certaines difficultés qui nuisent aux paramètres éthiques devant soutenir la pratique.

Nous faisons allusion ici non pas à de nouveaux professionnels, mais à de nouveaux développements de professions ayant déjà quelque expérience, ainsi qu'à des pratiques mises en place dans des contextes sanitaires ou de santé mentale.

Au fur et à mesure que les services de santé mentale se sont développés¹, d'autres services transversaux se sont multipliés dans la foulée des politiques de bien-être social. Il convient de signaler que le processus de désinstitutionnalisation autant que le développement de politiques communautaires de santé mentale favorisent le développement du droit essentiel de toute personne à se déplacer dans l'espace social communautaire où il habite, le droit de fréquenter ses services et d'être usager de ses prestations et de ses ressources.

Pour la mise en place de leur mission, ces services croient nécessaire de s'articuler avec les services de santé mentale et vice-versa. Dans certaines occasions est produit ce qu'on appelle un phénomène de transversalisation spontanée des pratiques, des services, des équipes et des professionnels communautaires qui recherchent des effets de changement chez les individus. Des fois, il ne s'agit pas d'une transversalisation planifiée mais spontanée, chargée de bonne volonté, qui amène à des

interventions confuses pour l'usager et/ou le patient. Les sous-entendus, les malentendus, les critiques, les mécontentements, les confusions, les rivalités, cachées ou pas, sont fréquents. Ils ne peuvent pas être attribués à de la mauvaise foi mais à l'insuffisance de cadres conceptuels complémentaires suffisamment partagés, et à l'inexistence encore d'une culture de partenariat. L'offre, et des fois l'exigence de l'utilisation des ressources sans un ordre prioritaire devient une pression excessive pour les usagers et un gaspillage des ressources. Cela arrive quand une personne doit avoir recours en même temps aux services de santé mentale, à ceux des addictions, aux services sociaux, à ceux de la protection des enfants, etc., sans qu'il y ait personne, un repère, qui puisse aider à établir des priorités.

Nouvelles pratiques : le risque de « babélisation »

La richesse culturelle qu'implique l'apparition de nouvelles professions ou de nouveaux professionnels dans les diverses pratiques communautaires et qui ont une influence sur les interventions de santé est grande. Mais le risque d'une « babélisation » ajoutant de la confusion et une mauvaise pratique est aussi important.

Les savoirs classiques centrés sur la pratique de cabinet sont insuffisants face aux nouvelles réalités. A chaque fois, la complexité des situations oblige à des pratiques moins fondées sur l'absolu des certitudes des disciplines et plus fondées sur le questionnement et l'ouverture aux différents points de vue. Cette richesse des visions rend également complexe la prise de décisions, ou les ralentit de façon inadéquate.

Ces nouvelles pratiques professionnelles surgies de la saine décision de ne pas concentrer des services et de parier sur le travail dans et avec la communauté tendent à éviter les dérives décrites dans les asiles d'aliénés et autres institutions totales. Mais la tentation ou le risque totalitaire reste un risque permanent parce qu'il est à l'origine du lien et de la culture. Cette tentation totalitaire, ou du moins totalisatrice, n'est pas extirpable mais contrôlable.

L'éducation en démocratie et en valeurs, la reconnaissance de l'autre comme individu singulier et unique, l'éthique du soin des autres mais aussi de soi-même, le souvenir permanent de notre vulnérabilité et de notre insuffisance originelle, sont des facteurs de protection face aux risques de totalitarisme et de liens captifs.

Les nouvelles pratiques professionnelles doivent être fondées sur la libre circulation dans l'espace de vie et avoir comme objectif la formation des individus pour qu'ils récupèrent leur capacité de décider par eux-mêmes. Tous les professionnels et les services travaillant en réseau doivent contribuer à cela, articulant de façon créative leurs ressources pour le bien du patient. L'important, c'est de partager et pas uniquement de réorienter les patients. Il faut articuler de façon souple des réponses sanitaires et sociales, là où il y a des creux et de la détresse. La réflexion et l'échange des remises en question éthiques doivent être un thème fréquent dans les rapports de tous les services devant garantir les soins.

Des conflits éthiques dans la pratique de réseaux : une question professionnelle

De ces nouveaux professionnels et des nouvelles pratiques de leurs disciplines naissent les propositions actuelles de présences professionnelles innovantes et probablement aussi de nouveaux questionnements éthiques. Evidemment, toute la pratique professionnelle en santé mentale et tous les champs d'accès aux soins et de relation avec des personnes doivent être soutenus par des principes éthiques revus en permanence; mais les avatars de la clinique et les risques de la pratique en désaccord avec l'éthique ont été plus étudiés par les anciens que les nouvelles pratiques communautaires, en particulier en ce qui concerne le traitement aux personnes, jeunes ou adultes à plus fort risque d'exclusion et de mauvais traitements dus à leur difficulté pour envisager leur propre soin. Nous pourrions considérer comme des conflits éthiques tout type de comportement pouvant nuire aux droits de tout individu à un accord fondé sur le respect, la dignité et la protection de ses droits. Sa vulnérabilité, si cela se produit, aug-

1. Nous pouvons parler de services, entre autres, tels que : Des services sociaux, des équipes d'attention aux enfants et aux adolescents, des équipes d'orientation psycho-pédagogique, des équipes de justice en milieu ouvert responsables de l'accompagnement dans l'accomplissement de mesures pénales alternatives chez des jeunes et des adultes, des entités de tutelle pour les personnes ayant un trouble mental, etc.

2. Tel que nous l'ont signalé T. Beauchamp et J. Childress, les quatre principes de la Bioéthique sont : Pas de malfeasance, Justice, Autonomie, Bienfaisance. Ces quatre principes entrent en conflit à de nombreuses occasions dans la pratique clinique et dans les services communautaires.

mente de façon considérable. La confidentialité et le consentement informé sont assez souvent atteints. Le débat éthique², les conflits éthiques en santé mentale et leur mise en pratique est l'un des objectifs que notre Comité d'Éthique de l'Assistance s'est fixé comme tâche il y a déjà cinq ans. La composition de ce Comité est pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, infirmières, un médecin de santé publique, un anthropologue et une avocate) ; il travaille de façon pluridisciplinaire dans des réunions mensuelles afin d'élaborer des documents et des recommandations sur des aspects éthiques de la pratique clinique, ainsi que dans le développement de l'interaction des diverses classes professionnelles qui ont une incidence sur le travail communautaire en santé mentale et en réhabilitation.

Notre Comité a commencé son projet en 2003, présentant un document au 2^{ème} Congrès Catalan de Santé Mentale intitulé « Les frontières du psychisme ». La vulnérabilité en santé mentale exige une réflexion attentive préalable à la prise de décisions qui peuvent porter atteinte aux droits. Les thèmes abordés dans le travail effectué ont été les suivants : le consentement informé, la confidentialité, les volontés anticipées en santé mentale (Loi 21/2000 Catalogne et Loi/2002 Espagnole) sur le droit à l'information concernant la Santé et l'autonomie du patient, l'incapacité, l'hospitalisation involontaire, l'hospitalisation et les traitements thérapeutiques de mineurs, les mesures de restriction.

Notre Comité d'Éthique de l'Assistance (FCCSM) a publié en février 2005 un document-dossier exprimant l'opposition à la régulation en Espagne des Traitements Ambulatoires Involontaires.

Une audition parlementaire a proposé à des experts de donner leur avis. La présidente de ce Comité d'Éthique de l'Assistance, Alicia Roig, également représentante et porte-parole d'autres groupes de Catalogne a pu alors argumenter à propos de quelques unes de nos réflexions analysées dans notre dossier, par exemple :

Il existe un vide dans l'assistance et les ressources à domicile, ce qui provoque un manque d'attention aux personnes ayant des troubles graves de santé mentale. Ceci est la conséquence de ne pas avoir développé de façon large et harmonieuse les Services Communautaires Sociaux et de Réhabilitation nécessaires proposés le moment venu, par la Loi Générale de Santé et la Réforme Psychiatrique.

Un réseau de Services d'Assistance articulée, avec possibilité de fournir une continuité réelle, de soins à domicile et sur place éviterait sans doute un grand nombre d'hospitalisations involontaires et d'abandons du traitement qui permettrait d'avancer dans l'évolution des patients et dans le lien thérapeutique.

Nous connaissons les familles et nous nous solidarisons avec leurs difficultés et leurs demandes de traitements et des garanties de liens thérapeutiques continus. Mais en même temps nous considérons qu'une Loi ou Réforme Juridique Coercitive de Traitement Ambulatoire Involontaire ne peut jamais être « l'Alternative » remplaçant l'absence ou l'insuffisance d'équipes de professionnels bien articulés entre eux pouvant donner une réponse aux besoins en santé mentale.

Ceci n'est qu'un exemple des réflexions que notre Comité a fait parvenir au Parlement et aux Ministères correspondants de Justice et de Santé. Jusqu'à ce jour, les propositions de Traitement Ambulatoire Involontaire ont été refusées.

Conclusion

La réflexion éthique et la création de Comités d'Éthique de l'Assistance, de composition pluridisciplinaire, est la garantie d'un travail en santé mentale qui veille et assure la protection des droits des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale et assure également un rapport respectueux et digne.

Dans les missions de prise en charge participent des professionnels de disciplines historiques, spécialisés ; ils ont progressivement adapté et développé leurs pratiques dans le contexte communautaire, mais en même temps se sont ajoutés de nouveaux professionnels qui apportent une complémentarité. Peu à peu ont été également créés de nouveaux services d'assistance primaire qui s'occupent des besoins sociaux et de la santé des personnes dont nombre d'entre elles ont des difficultés psychologiques ou psychiatriques, apportant des ressources pour la recherche de solutions.

Cet ensemble de services spécifiques de la santé mentale ou d'autres systèmes de soins interagissent dans ce que nous pouvons appeler la trame d'un réseau social absolument nécessaire pour faire face aux aspects démunis issus de l'augmentation de la vulnérabilité.

Autant les nouvelles pratiques professionnelles en santé mentale que l'intervention d'autres professions, d'autres systèmes s'occupant des personnes en difficultés, apportent une richesse dans la prise en charge et comportent de nouveaux principes éthiques dans des thèmes tels que l'information et la volonté du traitement, le consentement, l'utilisation de termes inappropriés ou susceptibles de stigmatiser, etc.

C'est à cause de tout cela que nous trouvons opportun de signaler l'importance de l'incorporation, autant dans la pratique quotidienne que dans leurs rapports avec d'autres équipes dans le cadre de travail en réseau, d'une perspective éthique et de la création de créneaux pour le débat des formes et des effets des pratiques d'assistance et des pratiques des soins. La création et le développement de Comités d'Éthique de l'Assistance favorisent la naissance de cet espace de réflexion tellement nécessaire à nos pratiques.

Texte traduit de l'espagnol
par Graciela Klang