

**Pratiques infirmières : de la nécessité de concevoir les temps et objets du quotidien
dans leurs dimensions symboliques.**

Claire VANHUYSSE, infirmière diplômée d'État 2007, exerçant en psychiatrie

Je vais vous évoquer comment à mon sens et à notre niveau, c'est à dire celui du terrain, cette question du quotidien à investir est fondamentale dans le soin.

Et faire tout d'abord l'état des lieux de deux «choses» qui me semblent importantes à rappeler et qui fait assez incroyable, nous tombent dessus en quelque sorte (quand je dis NOUS, je pense aux soignants dans son sens le plus large).

1°) Nous avons des CONNAISSANCES. Ces connaissances que l'on a globalement tous (Jean-Paul Lanquetin parle de savoir incorporé): de la dimension thérapeutique – et je dirais même plus, symbolique – de la relation dans le quotidien. Nous sommes en effet bien placés pour voir ce qui «fait mouche» ou pas!

EXEMPLE CLASSIQUE DES ÉCHANGES D'ÉQUIPE AUTOUR DU REPAS EN COLLECTIVITÉ

*Sert-on le repas au plat commun ou à l'assiette ? Quel sens cela fera-t-il pour les patients ? Faut-il border, délimiter cette proposition alléchante au regard des difficultés rencontrées par certains ? Convivialité ou appel au remplissage ? Comment proposer un cadre collectif en respectant les singularités ? **Comment articuler le cadre collectif et les médiations personnalisées en lien avec la problématique psychotique** ? Parce que les patients dont je parle ici -que ce soit clair - expriment au sein des institutions des pathologies structurellement psychotiques ou des défenses symptomatiques psychotiques On est vraiment sur des problèmes de l'altération majeure des opérations de la pensée et son incapacité à mettre en sens ce qui « nous » arrive. Sur ce dernier point nous rencontrons deux difficultés. Car quand je parle de problématiques psychotiques, je pense à deux choses : les patients mais aussi l'institution, sujet sur lequel je reviendrai plus tard.*

Nous avons donc des connaissances empiriques issues en grande partie de la transmission du métier par nos aîné(e)s. Je pense maintenant au savoir-être, à cette capacité de trouver la juste distance et au tact relationnel que l'on s'approprie progressivement en s'inspirant de ces aîné(e)s...

Mais ces connaissances empiriques, on se les approprie aussi par l'expérience de la relation avec le patient ! Eh bien oui, il faut oser - avec son style c'est à dire authentiquement - parler avec le patient ... le rencontrer pour de vrai, ne pas avoir peur de lui ou se cacher derrière par exemple le « protocole d'accueil ».

Car l'accueil, la rencontre ne se protocolisent pas : ça se vit, ça se ressent et ça se pense. C'est une disposition sur laquelle il s'agit de réfléchir et surtout c'est un temps - dans l'organisation du travail et dans la disponibilité psychique- qu'il faut avoir, qu'il faut prendre. Le « protocole d'accueil » est une antonymie grave, qui par l'association de deux contraires, vient rendre caduque toute réflexion. J'insiste volontairement sur ce mode sémantique. Car de façon désormais structurelle dans le discours, l'usage des mots -quelquefois savants- est désormais orienté pour mettre un terme à toute élaboration potentielle.

Enfin pour continuer sur les connaissances, et toujours aussi incroyable que cela puisse paraître nous ne travaillons pas avec un supposé bon sens (qui n'est d'ailleurs pas le même pour tous) mais nous sommes des professionnels avec un bagage théorique, des savoirs- faire, des savoirs- être, encadrés par un décret de compétences et des règles déontologiques.

Nous avons aussi une culture professionnelle qui s'inscrit dans l'histoire de la profession.

Cette culture professionnelle, ce sont les connaissances théoriques qui viennent conceptualiser les pratiques, connaissances que nous nous approprions grâce aux différentes formations que l'on a rencontrées. Bien que réduites à une peau de chagrin ces derniers temps, il s'agit ENCORE PLUS de ne pas oublier les concepts fondateurs de nos métiers et d'assumer une filiation (parmi d'autres) avec les apports de la psychanalyse qui vient à l'occasion de ce colloque se rappeler à notre bon souvenir.

Ainsi nommons et remémorons- nous pour le plaisir, quelques Noms et références fondamentales en lien avec le travail, choisis de façon - je le précise - non exhaustive et complètement subjective. Un hommage aussi à ces personnes et à leurs idées qui pourraient tomber dans les oubliettes, personnes qui ont participé à la création d'espaces de soins humains en psychiatrie, là où initialement l'asile enfermait les marginaux :

- Sigmund **Freud** (neurologue et psychanalyste autrichien né en 1856) et ses apports métapsychologiques sur l'angoisse de séparation et la perte d'objet, sur la culture et la transformation des motions pulsionnelles, etc ...
- Donald. Woods. **Winnicott** (pédopsychiatre et psychanalyste anglais né en 1896) et ses travaux sur la sollicitude, sur la préoccupation maternelle primaire et la question d'un portage environnemental stable et bienveillant mais encore sur l'objet transitionnel et les jeux d'enfants éclairant les processus psychiques déployés dans l'espace tertiaire créatif où s'apprend la vie entre Moi et Non-Moi.

- François **Tosquelles** (psychiatre espagnol né en 1912) avec ses réflexions sur la psychiatrie institutionnelle et la clinique de l'activité où le quotidien peut être investi de manière humanisante.
- Jean **Oury** (psychiatre, psychanalyste français né en 1924) qui a continué la théorisation et mis en pratique les travaux du précédent, avec sa préoccupation d'une «ambiance» de travail, bienveillante et thérapeutique.

2°) J'ai pris ce temps pour la réhabilitation de nos connaissances volontairement parce que précisément la deuxième chose incroyable qui nous tombe dessus c'est **L'OUBLI**. En effet, pris dans les impératifs du travail, nous oublions régulièrement pourquoi nous sommes là. La logique économique infiltre tout. Le temps dédié à la réflexion au travail tend à disparaître, tout comme les temps dédiés à la formation, les temps d'analyse des pratiques, tout comme le précieux temps des transmissions inter-équipe réduites dans leur plus misérable fonctionnalité (régulièrement remis en cause!!). Surchargés de travail et saturés d'émotions, entre plainte, agitation ou abattement nous reproduisons parfois l'état de psychose que nous sommes censés soigner. Un fonctionnement institutionnel insensé (sans sens), qui tourne à vide sauf à faire sortir vite le malade de l'hôpital.

Aparté. Quelques chiffres de la très sérieuse DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du ministère des affaires sociales et de la santé :

L'hôpital public psychiatrique a vu diminuer drastiquement son nombre de lits d'hospitalisation. Passant de 84 560 à 43 173 lits en 13 ans (chiffres de 2000). Moitié moins (49% exactement). Il n'y a pourtant pas deux fois moins de malades. Dans le même temps, les places d'hospitalisation partielle ont augmenté de 1,46%. Pas besoin de commentaire, mais je trouve cet éclairage nécessaire pour expliquer aussi la situation actuelle.

De son côté, la gestion des ressources humaines fait des économies de personnel en le déqualifiant, en le précarisant, en le diminuant.

- Dit comme ça, le tableau est très sombre, mais là où on a un avantage incroyable sur d'autres professions soumises aux assauts budgétaires c'est qu'en psychiatrie, pas besoin d'un outillage matériel onéreux pour faire du bon soin! Puisque c'est **l'organisation du collectif et les relations qui vont s'y déployer qui sont thérapeutiques**, puisqu'on peut tout à fait avec un peu d'imagination et sans gros budget, investir le temps quotidien de façon pertinente, et bricoler des activités. Bon, il nous faut du temps pour cela quand même. Je ne dis pas que c'est plus simple, j'avance simplement que le soin de qualité sera relatif à la

réflexion :

- 1) réflexion sur travail dans le collectif, dans l'équipe,
- 2) réflexion à propos de l'analyse de la clinique du patient,
- 3) réflexion sur cette radicale exigence du respect de la dignité de l'Autre, avec une vigilance toute particulière car nous sommes placés en position de domination quoi qu'on en dise.

Ainsi pour en revenir aux temps quotidiens qui rythment la vie de toute unité de soins : la petite collation proposée à 16h ou la tisane du soir peuvent tout à fait - si elles sont correctement investies - être des espaces profondément thérapeutiques dans les enjeux inter-relationnels qui vont s'exprimer.

L'art infirmier peut être de mettre en scène ces temps repères du quotidien à l'hôpital. Aller faire la collation avec à l'esprit la préoccupation de la rencontre, du partage est essentiel. Si pour nous, ce moment est envisagé de façon ennuyeuse et sans grand intérêt, il est assuré que le patient n'y verra aucun intérêt lui non plus. Préparer le goûter, animer le repas, c'est du travail. Mettre du sens et du plaisir dans le travail est nécessaire tant par respect pour nous-mêmes que pour les malades. C'est d'autant plus nécessaire que ce temps a une fonction foncièrement thérapeutique s'il est correctement investi et qu'il représente quelque chose.. Animer, mettre en scène les actes et les temps du quotidien, c'est rendre ce dernier vivable, aimable, c'est faire la proposition d'un sens à vivre sa vie dans l'ici et maintenant. Et répéter ces actes, c'est inscrire cette proposition pour le futur et pour la suite.

Pour conclure cette première partie je dirai donc que dans la mesure où nous avons des connaissances (empiriques, apprises, transmises ...), connaissances qui ne demandent qu'à être alimentées!, dans la mesure où nous ne sommes pas stupides même si on est en bas de l'échelle, ne nous laissons pas happer par la destructivité institutionnelle actuelle, continuons de penser les choses, d'échanger en équipe et bataillons pour savoir s' il faut donner un, deux ou trois morceaux de pain par personne à table, ... c'est peut-être un peu nul comme ça, et vraisemblablement ça ne suffit pas, Mais d'une certaine manière, c'est bien ! On n'est pas encore complètement robotisé. Et dans ces vifs débats du pain ou du service à l'assiette, n'oublions pas les soubassements théoriques en lien avec la clinique qui sont en jeu, la question de l'altérité et du vivre ensemble, faire lien, soit rencontrer l'autre, patient ou collègue, échanger, parler, associer des idées, analyser, penser les choses, symboliser le quotidien dans sa dimension thérapeutique pour des patients perdus dans leurs rapports au monde et pour lesquels même se nourrir n'a rien d'anodin.

Maintenant j'aimerais vous lire un passage d'un ouvrage de David Puaud (éducateur de formation) intitulé «Le travail social ou l'art de la relation ordinaire», (éd. Fabert) qui décrit très bien la rencontre dans le quotidien. David Puaud parle de «résonances»; idée que la psychanalyse a développée largement dans les concepts de transfert et de contre-transfert. Cet extrait est tout à fait transposable au cadre du soin :

« Ces gestes, ces attitudes, ces regards, ces attentions, ces ambiances n'entrent pas dans les grilles d'évaluation, les protocoles d'actions liés aux démarches qualité. Omniprésents, ils survolent en permanence les bonnes pratiques professionnelles. Ces dispositions sont tellement simples, qu'elles se font oublier; pourtant elles constituent le cœur de nos métiers. Elles sont, selon moi, la substantifique moelle, l'épicentre de nos activités. Cet « Art de l'ordinaire », on le dispense, perçoit, ressent presque tous dans le quotidien, et pourtant on n'en parle pas. Enfin la plupart du temps! Pourquoi? Parce que cet art est flou, incertain, non calculable ni rationalisable. Il n'existe pas de méthodes, de procédures, de protocoles le circonscrivant. Il est quasi impossible de le définir, il n'est pas même susceptible d'être recensé dans un rapport d'activité. Il tend à reconnaître en l'autre ce qu'il y a de commun en nous. Cet « Art de l'ordinaire » nous amène vers l'imparfait de nos fonctions, la récréation permanente : illusion d'un geste, d'un regard perçu en perpétuelle redéfinition. La plupart du temps, cette main furtive sur l'épaule, ce clin d'œil d'encouragement, cette ambiance collective particulière, cette inclination de la tête témoignant d'une attention particulière ne vise aucun résultat a priori (...). Cet « Art de l'ordinaire » est donc composé de milliers de micro-traces d'hospitalité à peine visibles. Elles sont pourtant perceptibles à travers notre attention aux sensibles dans le quotidien de la pratique des travailleurs sociaux (...). Les micro-traces d'hospitalité sont donc des pratiques moléculaires, sensibles, ordinaires, liées à l'accueil de l'autre, qui peuvent former des empreintes, créer des résonances particulières chez une personne (...). L'enjeu de ces actes furtifs, quotidiens, répétés n'est pas le résultat, mais un pari aléatoire en l'avenir. »

La rencontre se fait donc volontiers dans la relation ordinaire, et les actes de la vie quotidienne autour d'objets partagés, qui sont au cœur du travail en institution psychiatrique. Ces objets, ce sont par exemple: le balai, le ping-pong, le parasol, le drap à changer, le cendrier, le bol du petit déjeuner, la pince à épiler etc ... Ils peuvent permettre avec les patients psychotiques où la relation est altérée et périlleuse de faire avec l'autre par des moyens détournés afin qu'ils ne se sentent pas envahis et persécutés. Car l'objet vient aussi se faire rencontrer la réalité extérieure, et celle du monde psychique interne du sujet, et dire des choses de là où il en est de l'altérité. Car se situer comme sujet intègre, avec une histoire, une identité, un corps, c'est se situer vis à vis du monde qui nous entoure. Et c'est tout l'enjeu du soin en psychiatrie : restaurer la relation au monde et à l'autre pour

ne plus être aliéné par les affres angoissantes d'un moi qui se désintègre.

Ainsi l'objet est porteur de message dans le soin psychiatrique. Il ne vise pas un objectif ré-éducatif, la psychiatrie n'est pas une prothèse sociale. C'est surtout la marque d'une préoccupation portée à l'autre. C'est un prétexte à la rencontre. Le soignant a une fonction maternelle contenante, non pas coercitive pour le patient mais justement émancipatrice. Car le patient psychotique en situation de soin a besoin de l'autre pour réinvestir le monde. Il s'agit d'être **suffisamment bon**, ni trop peu ni pas assez et de connaître les limites d'un intime à ne pas franchir dans la rencontre, les limites de son champ d'intervention, d'être garant des limites aussi du cadre collectif. C'est dans le respect de la dignité de l'humain que certains actes de la vie quotidienne feront mouche chez l'autre et auront une fonction thérapeutique. Souvent en psychiatrie **certains actes sont parlants**, là où la parole n'est plus. Et c'est **la façon de présenter les objets et de mettre en scène tout ça**, qui va animer le propos comme glisser discrètement la pince à épiler à une jeune fille, motiver les «troupes» d'un enthousiasme débordant pour vider ensemble ce cendrier qui déborde, où rabattre ensemble les parasols ouverts dans la cour avant la pluie imminente ... ou encore faire preuve du plus grand sérieux pour apprendre à faire avec une «technicité» incroyable un lit au carré ...

Pour conclure, je dirai finalement que d'une certaine manière, l'objet médiateur, tiers de la relation sur lequel nous venons de nous pencher vient actualiser la nécessité du tiers symbolique **partout**. La fonction symbolisante d'objet se situe dans la dialectique de la réunion et de la séparation où l'usage de l'objet -une chose autre que soi- vient faire métaphoriser le rapport au monde. Ces expériences affectives du monde et de l'autre **accompagnées par le soignant** peuvent ainsi être vécues sans que le moi ne soit englouti, annihilé, morcelé.

Et l'objet médiateur au quotidien n'est bien évidemment pas que matériel; ça peut être la créativité que j'évoquais tout à l'heure.

Enfin cet «objet-tiers symbolique», c'est aussi le cadre de pensée avec lequel on travaille; Wilfried Bion parle de «l'appareil à penser les pensées». C'est donc l'intention (professionnelle) que l'on va faire porter à l'objet, toujours orientée au service de la relation avec le patient. Et elle va toujours dans les deux sens. Cette conception de la dimension éminemment symbolique des soins, intégrée dans la dimension collective et institutionnelle permettra à l'équipe de partager ses réflexions cliniques lors des réunions car personne n'est dépositaire de la vérité sur le patient.

Cette conception du soin ne pourra être efficiente qu'à la condition d'un encadrement et d'un corps médical prenant la mesure de l'importance de ses temps d'échanges nécessaires pour les soignants

comme pour les patients, respectant la parole des uns et des autres. Et c'est le projet du service de soins tout entier (élaboré par l'équipe pluridisciplinaire) qui aura lui aussi une fonction tiers et symbolique dont le devoir professionnel de tous sera de l'investir, de l'évaluer, de le récréer.

17 Avril 2017 Cadillac/Garonne

Colloque Formarec : « Les soins en Psychiatrie : pour une clinique de la relation ordinaire »