

"Pour une clinique de la relation ordinaire"

L'esprit des soins dans la fonction d'encadrement

INTRODUCTION

La place du cadre de santé a pour particularité de se trouver au croisement du corps médical, de l'équipe soignante et de la Direction. Nous avons pour mission principale l'organisation et l'évaluation de la bonne dispensation des soins, en lien avec les objectifs d'établissement et le projet médical.

La fonction d'encadrement implique une responsabilité sur l'orientation de l'action dans l'équipe, sur son sens.

La particularité des soins en psychiatrie est que cette question du sens est une question à laquelle on n'a surtout pas intérêt à trouver une réponse toute faite, une fois pour toutes. C'est une interrogation qui doit rester ouverte et cette ouverture doit permettre aux soignants, aux équipes de mobiliser sans cesse leurs potentialités créatrices au travers des rencontres singulières avec chaque malade. Comme l'indique Jean Oury, il est nécessaire que les soignants ne cessent pas de se demander "*qu'est-ce que je fous là ?*". La posture la plus néfaste étant celle du "*ça va de soi*", celle de la réponse toute prête qui entrave toute possibilité de rencontre.

Le cadre de santé est concerné par la clinique de la relation ordinaire car c'est une dimension du travail qui, si elle est mise en œuvre au quotidien surtout par les soignants, se soutient, s'étaye sur des conditions qui ne sont pas seulement en rapport avec les qualités individuelles mais ont davantage à voir avec le développement de possibilités collectives.

"L'esprit des soins dans la fonction d'encadrement" est un titre qui fait explicitement référence aux travaux de Paul-Claude Racamier, précisément à son dernier ouvrage : "*L'esprit des soins : le cadre*". Car ce que je souhaite développer ici pourrait se résumer dans l'idée que le travail du cadre est de garantir « le cadre ». Au sens développé dans le champ de la psychothérapie institutionnelle c'est à dire de veiller à ce que le milieu qui accueille les malades présente "*un ensemble de conditions pratiques et psychologiques, matérielles et contractuelles, qui offrent des conditions d'existence et de relations qui soient en rapport avec la singularité des patients et à leur portée, permettant ainsi, un processus thérapeutique*".

En seconde partie, je présenterai la difficulté aujourd'hui à exercer cette fonction entre logique psychiatrique et logique managériale et ferai part de quelques inquiétudes que je partage avec un certain nombre d'autres à ce sujet.

I. Qu'est-ce qu'on fout là ?

Je voudrais démarrer par une première histoire, cela se passe en unité d'admission, c'est une unité ouverte :

Il était gaillard et totalement délirant, persécuté, il forçait la porte du bureau infirmier dont il n'admettait pas qu'elle puisse délimiter un seuil et invectivait les soignants : "ils ouvrent mon placard, il y a des trous dans ma valise", I : "Monsieur c'est impossible personne n'a la clef de votre placard à part vous...", au contraire d'être rassuré, il redouble de tension : "vous ne me croyez pas !!!". Il quitte le bureau, I : "il faut en parler au médecin, il faut le transférer à Charcot". Charcot c'est l'unité fermé : on sent bien qu'il est question d'un contenant, de fermeture et d'ouverture, d'intrusion et de trous et qu'il ne nous perçoit pas comme rassurants, on discute de tout ça. La fois suivante, il revient, "venez voir si vous ne me croyez pas...", un infirmier y va, constate les trous dans la valise : "on va arranger ça". Il y a dans le bureau infirmier à côté des raquettes de ping-pong, des jeux de cartes et d'une sommaire boîte à outils une trousse de couture, l'infirmier répare le trou, le patient est apaisé (pour ceux qui n'ont pas de trousse de couture dans les bureaux de soins, un morceau de sparadrap pourrait certainement faire l'affaire, mais je les invite à réfléchir à l'importance d'avoir ce type de matériel pour prendre soin de patients psychotiques). Plus tard, une autre infirmière invitera le patient à dire pourquoi il refuse le traitement, il lui expliquera que les mains des soignants qui le lui donnent ont touché les médicaments des autres, il ne veut pas "être contaminé". L'infirmière acceptera les précautions qu'il nous réclame, jours après jours son état s'améliorera, il ne sera jamais transféré à Charcot.

Dans cette situation deux choses ont, il me semble, été déterminantes : les soignants ont écouté le patient, et en se montrant capables de prendre en charge ce qui se figurait comme son angoisse ont rendu possible l'établissement d'une relation de confiance. Ensuite, l'équipe se parle : une commence par dire son impuissance et cela engage à s'interroger sur ce qui se passe et cela ouvre une nouvelle possibilité de ce que nous pourrions faire et l'un ose faire quelque chose. Fort de cela le patient pourra exprimer sous de nouvelles formes ses angoisses d'intrusion, de perte de limites et les soignants de nouveau en tiendront compte, je me souviens de transmissions où cette infirmière confiait à ses collègues l'importance de déblâter le traitement dans la main du patient sans toucher les comprimés.

Cette situation pour illustrer l'idée que le cadre c'est d'abord un cadre mental.

Dans cette situation, « *l'aide matérielle apportée par le soignant prétend réparer, à l'extérieur ce qui en fait est à l'intérieur mais ne peut se manifester que par le biais d'une activité projective* » (Hochmann).

Le cadre mental permet de penser les situations de soins. Il se constitue d'une référence théorique partagée qui puisse faire que l'on se parle, que l'on se comprenne, que l'on pense ensemble et d'une certaine façon à propos des malades et de nos rencontres avec eux. Que l'on puisse concevoir ensemble des manières de faire qui aient du sens.

En parlant de la relation ordinaire, nous voulons parler de celle qui se tisse dans les situations du quotidien, de ces situations qui mobilisent l'exercice de leur rôle propre par les infirmiers, qui ne requièrent pas de prescription.

Mais il faut ajouter aussitôt que la vie quotidienne mobilise la capacité "*d'être au monde*". Et, faut-il le rappeler, il y a chez certains patients et en particulier ceux qui souffrent de schizophrénie, ce que les phénoménologues (Blankenburg) nomment "*une perte du sens commun et de l'évidence naturelle*" avec "*une transformation du rapport au monde, de la temporation, de la constitution du JE et de la constitution subjective*", qui affecte profondément leur quotidienneté.

En psychiatrie, si les actes du quotidien doivent être élevés au rang d'actes thérapeutiques c'est parce que c'est dans le quotidien que se noue la relation entre le soignant et la personne soignée, et c'est par le quotidien, ce qu'il offre de "*réalité partagée*" (Hochmann) que la personne pourra d'abord compter sur l'aide du soignant pour se rétablir.

Or souvent, le champ de la parole et de la vie psychique sont surinvestis au détriment de démarches concrètes de la vie quotidienne.

Deuxième histoire :

C'était un lundi de juillet, j'avais été de garde le week-end et on avait bien travaillé avec les ASH. Un terrible orage avait provoqué l'inondation de tout un bâtiment en contrebas de l'hôpital, nous avons réquisitionné tout ce que l'hôpital comptait de serpillères, seaux et bonnes volontés, et nous avons épongé. Nous avons évité que l'eau n'endommage le lieu et nous avons fait en sorte que le bâtiment, fermé le week-end, puisse ré-accueillir, en consultation, les enfants et leurs familles le lundi.

Ce lundi nous avons reçu de chaleureux remerciements des équipes qui occupent le bâtiment, nous avons sauvé leur outil de travail, d'accueil et de soins plus une quantité importante de données portant sur des recherches en cours : la serpillère ça compte.

Ce lundi il est 14h et j'assiste aux transmissions. J'ai passé la matinée en réunion puis dans mon bureau, je n'ai pas encore fait le tour de l'unité. Le bureau infirmier a une fenêtre qui donne sur la cour : les soignants sont attablés et échangent sur les soins prodigués le matin, les échanges sont riches, comme souvent, cette équipe réfléchit. Mon regard se suspend par la fenêtre, la cour a des allures de fin du monde : des fauteuils en plastique gisent ça et là à l'envers, les 4 pieds en l'air contre les murs d'enceinte, le vent les a projetés, chaises et tables, une seule table est demeurée au milieu de la cour, lestée par la présence de ce qui fut un vaste et magnifique parasol jaune avec une armature en bois, telle une charpente, destiné à abriter les personnes et à rendre la cour habitable lorsqu'il y a du soleil. Les patients souvent se retrouvaient sous ce parasol, il avait quelque chose d'accueillant. Mais la tempête a eu raison de son envergure et je la vois, elle a ramené une chaise près de la table, le parasol est dépecé, sa toile pend sur un côté, son armature est cassée, elle est en plein soleil et il y a au dessus de sa tête comme un pieux. Elle se tient là, elle, comme si de rien n'était; j'interromps les transmissions : "c'est dangereux !", "pourquoi avez-vous laissé la cour dans cet état ?", les infirmiers sont comme interdits par ma remarque, une ose "ce n'est quand même pas à nous de réparer le mobilier de jardin, il y a des ouvriers non ?".

Pourtant c'était une chouette infirmière et une chouette équipe et moi-même qui suis si convaincue de l'importance du soin porté d'abord à l'environnement du malade, je n'avais pas pris la peine d'aller constater les dégâts de la tempête dans l'unité. Alors quoi ?

Alors il y a que parfois, souvent oserais-je dire, on n'est pas là. On est là, ce matin ils étaient 4 en service mais on n'est pas présent, on ne prête pas attention à ce qui est autour. Preuve s'il en faut que « *la pratique de la présence et de son adéquation est un travail difficile qui n'est pas toujours suffisamment investi* » (Molinier).

Pour lutter contre cela, pour lutter contre cette forme d'absence des soignants aux entours, il faut sans cesse redire que c'est à cet endroit du quotidien, de ce qui se reproduit chaque jour que se joue la capacité d'être au monde. Le quotidien pour les malades n'a rien de banal, ça ne va pas de soi. La « *fonction d'aide au moi psychotique* » (Racamier) s'exerce précisément dans ce genre de détails : d'aider le patient à se remettre en rapport avec le monde et les choses qui l'entourent autant qu'avec son monde interne.

De ce point de vue, il importe aussi que ce registre du quotidien concerne également le psychiatre. J'ai souvent pensé à ce sujet au "*temps du récit*" de Jacques Hochmann.

Avec la notion de "*rêverie maternelle*", il reprend les travaux de Bion sur la fonction de contenant qu'exerce la psychée maternelle. "*Ce qui est fournit alors c'est un environnement psychique, un premier capital de significations où les projections de l'enfant commencent à se relier en séquences organisées qui prennent de plus en plus une valeur symbolique c'est à dire qui renvoient à autre chose qu'elles même par un système d'échange vectorisés selon une intentionnalité*". Hochmann ajoute que cette rêverie maternelle est un récit, un récit destiné à un tiers et source de plaisir spécifique. Il insiste sur le fait que cette histoire doit toujours obéir à des conditions de narrabilité.

L'importance du quotidien c'est l'affaire des soignants; mais pour qu'au travers de cette "*réalité partagée*" opère quelque chose d'une "*détoxification de contenus négatifs projetés*", "*d'un processus psychique de liaison entre les éléments de la réalité extérieure et de la réalité interne du sujet*" (Hochmann), la considération que porte le médecin à ce travail compte. Car le médecin est entre autres ce tiers à qui le récit s'adresse. Il n'y a qu'à entendre les soignants lorsque ces derniers désinvestissent les écrits professionnels, ils se justifient : "ça ne sert à rien, personne ne les lit", et dans ce "personne", il y a en premier lieu évidemment le médecin.

Aujourd'hui encore j'ai la chance de travailler avec un médecin qui se préoccupe du soin institutionnel, de veiller à ce que ce que nous mettons en place ne soit pas en contradiction avec les objectifs que nous nous assignons, qui est à l'écoute des mouvements psycho-affectifs que mobilisent la rencontre avec les patients et s'efforce d'aider les équipes à repérer ces effets pour leur éviter d'agir de façon défensive.

Mais j'ai aussi eu à travailler avec d'autres et je me souviens notamment d'un psychiatre qui se fichait du soin institutionnel et dont le principal symptôme était d'être régulièrement absente aux réunions institutionnelles, un jour que je lui rappelais la prochaine réunion (parce qu'il fallait que je le lui rappelle par mail alors que c'était chaque troisième vendredi du mois) elle me répond "je ne serai pas là, je vais finir par croire que tu fais exprès de la programmer sur mes jours de repos!". Bon alors là il

ne faut pas trop rigoler parce qu'une réunion institutionnelle ça a de l'importance, ça mobilise des moyens : on invite les soignants à venir sur leurs jours de repos, à rester au delà-de leurs amplitudes de travail, le cadre supérieure de santé est présent, on prépare un ordre du jour : dans une unité c'est quand même un rendez-vous. Alors on comprend bien que ce type d'attitude c'est une façon de mépriser tout cela mais il n'y a malheureusement pas grand chose à faire parfois : je lui ai simplement indiqué que je n'avais pas ce pouvoir de faire tomber le troisième vendredi de chaque mois sur ses repos de garde.

Il y a donc là presque un pré-requis qui est celui soit de travailler avec un médecin déjà convaincu de ce qui se joue de thérapeutique dans l'épaisseur et les recoins du quotidien, et que ces rencontres doivent pouvoir s'étayer sur l'existence d'un dispositif-cadre-thérapeutique, soit de travailler à lui permettre de constater les potentialités de cette approche et le besoin des équipes d'être soutenues dans ce travail d'élaboration de leurs pratiques.

La fonction du cadre mental, comme ensemble de théories et de conceptions qui orientent les pratiques et soutiennent leur élaboration est de faire référence. C'est ce qui soutient la vitalité de l'interrogation "*qu'est-ce que je fous là ?*", et soutient les soignants dans leur entreprise au combien difficile de refaire chaque jour office de "*moi-auxiliaire*" (Hochmann), que l'épreuve de la répétition du quotidien n'ait pas raison de leur disponibilité et de leur capacité de présence. Parfois c'est comme si on ne pouvait pas voir à quoi on a affaire et dans une certaine mesure il s'agit de cela, de notre difficulté à nous représenter la difficulté du patient, d'où la nécessité d'avoir des outils conceptuels des espaces de réflexions animés par un médecin et un cadre qui partagent la rêverie et soutiennent cette articulation dans les différents plans du réel, de l'imaginaire et du symbolique.

II. De quoi peut se soutenir la fonction de présence ?

La psychothérapie institutionnelle se fonde sur le fait que l'institution peut, sous certaines conditions constituer un instrument du soin. Parmi ces conditions, je souhaite insister sur la cohérence et l'hétérogénéité, ces deux vecteurs tels que les désigne Jean Oury. En mathématique le vecteur désigne la direction par laquelle opère une transformation. La psychose, nous confronte à des modes de relations symbiotiques d'une part, d'autre part les patients vivent et projettent des angoisses de morcellement. Cela justifie que nos actions, nos relations soient portées par des directions qui agissent un peu comme des "vents contraires".

Oury indique que dans le traitement des psychoses, ces tendances au morcellement et à la symbiose qui caractérisent le mode de relation entrave les possibilités de transfert chez les patients. D'abord parce qu'ils redoutent toute relation qui pourrait avoir un caractère intrusif et parce qu'ils n'articulent pas toujours la partie et le tout. C'est pourquoi il recommande notamment, lorsqu'il parle de soigner les ambiances, de favoriser une multiplicité de propositions, partielles et différenciées, telles qu'elles puissent être investies par le malade et de se doter de moyen de rassembler ces parties en "constellations" de sorte d'établir un mouvement psychique de liaison à partir de ces différentes rencontres de ce que le patient semble vivre mais aussi de ce que les différents interlocuteurs vivent avec lui lors de ces rencontres. C'est un tel travail autour et avec l'intersubjectivité qui reproduit le "*capital de significations*".

Comment créer les conditions de la cohérence et de l'hétérogénéité au sein d'une équipe qui, rappelons le, a vocation à être sans cesse soumise aux effets des projections négatives, du clivage et de l'ambivalence des malades ?

Il existe ou qu'il a existé des dispositifs dont il convient de redire très vite quelle est leur fonction :

- **La réunion institutionnelle :** L'institution était là avant nous et demeurera après notre départ c'est une de ses caractéristiques, néanmoins, il importe qu'elle aussi ne soit pas sans rapport avec le monde qui l'entoure comme avec les mouvements qui la traversent de l'intérieur. Il est essentiel de faire exister des lieux où l'équipe puisse penser et remettre en question certains aspects du dispositifs afin d'entretenir sa vitalité et d'éviter notamment que les choses se fassent comme cela "parce que c'est comme ça qu'on fait", situation dévitalisante et parfois absurde d'une part. D'autre part, cela garantit un espace de réflexion propice à l'élaboration des problématiques et permet que des décisions soient prises, que des changements puissent opérer mais pas tous azimuts, pas sur le registre du "passage à l'acte", que celui-ci soit à l'initiative du patient ou du soignant : ce qui constitue toujours un risque en lien avec les registres aussi bien de l'impuissance que de la toute-puissance.
- **La réunion soignants-soignés :** Elle institue un espace de dialogue entre les patients et l'équipe de soins, elle peut avoir différents objectifs et faire appel à différents dispositifs en conséquence. Au minimum elle a pour objectif de favoriser l'expression des problématiques plutôt que les agissements contre le cadre, de lutter contre la passivité de certains malades et de participer à la régulation des interactions dans le milieu de soins, interactions des malades entre eux mais également avec les soignants et l'ensemble des éléments constitutifs du cadre.

Autre histoire :

Un vendredi après-midi lors de la réunion institutionnelle, il y avait peu de participants parmi les soignants et ceux qui étaient là étaient venus pour une bonne raison, ils demandaient que soient modifiées les règles de l'unité quant à l'accès à l'étage. Soignants et ASH réclamaient qu'une heure de fermeture le matin soit instituée pour "obliger les patients à quitter leur chambre". Il y avait eu toute une argumentation sur le fait que "laisser les patients au fond de leur lit ne leur rendait pas service", que "cela s'était déjà pratiqué avant", et sur les difficultés que rencontrait l'équipe à être auprès de chaque patient. Et comme je n'étais pas favorable, il m'avait été asséné : "de toutes façon vous défendez toujours les patients"... sur le moment j'avais eu la faiblesse de ne pas insister dans mon opposition face à cette pression. Je m'étais laissée surprendre je crois particulièrement par les termes de cette opposition "eux ou nous" et repérais le caractère persécutif des agissements de certains patients pour l'équipe.

Fort heureusement, nous avons, le mardi de la semaine suivante, une réunion soignant-soignés et nous avons convenu que toute modification des règles de fonctionnement de l'unité devaient être annoncées (fidèlement aux préceptes de Racamier de "faire en sorte que l'organisation de la communauté soit suffisamment claire, explicite et cohérente pour que les malades en apprennent assez vite le mode d'emploi"). La perspective de cette annonce m'avait faite reculer, je ne pouvais pas annoncer aux patients que nous avons pris cette décision car je n'étais pas en accord avec cette dernière, les arguments s'ils m'avaient fait fléchir ne m'avaient pas convaincue.

Grâce à ce dispositif, nous avons pu de nouveau échanger avec l'équipe et nous avons compris que ce qui motivait cette demande était lié surtout à un patient dont les difficultés à se mobiliser engloutissaient toute l'énergie de l'équipe qui avait le sentiment exagéré par "*l'impression de vidange*" (Hochmann) de passer tout son temps auprès de lui et ne récoltait en retour que des insultes et de l'opposition. C'était une contre attitude, cela ne pouvait pas justifier une règle qui était de nature à contraindre tout le monde et à porter atteinte à la liberté de chacun.

Une réunion soignants-soignés, c'est aussi un garde-fou.

- **La réunion de synthèse** : est le lieu de l'articulation des expériences et de mise en perspective de ce qui se passe ici et maintenant en lien avec l'histoire de la personne. Ces échanges n'ont pas pour objectif de formuler au patient une interprétation directement mais de permettre aux soignants de métaboliser l'expérience, par la mise en récit et les échanges, l'accueil de différents ressentis, de relativiser à soi ce qui a été vécu, de mettre à jour les capacités psychiques d'étayage de chacun. Le défaut des processus de liaison et les difficultés relationnelles des patients sont traitées par un travail de réflexion où les associations doivent être suffisamment libre pour qu'un véritable travail psychique auxiliaire se mette en place. C'est à ce niveau d'articulation que va s'opérer la reconnaissance des champs spécifiques et différenciés d'intervention, leurs complémentarités : parce qu'il y a des espaces pour façonner le tout, chaque partie s'en trouve éclairée dans sa complémentarité avec les autres parties, elle s'en trouve enrichie et lestée.
- **La réunion d'analyse des pratiques** : permet aux soignants d'élaborer la dimension psycho-affective et ses effets dans la rencontre avec le patient et sa problématique. L'analyse des pratiques est le lieu où les soignants tentent de donner du sens aux projections. Cette fonction de "décodage", de "*Moi auxiliaire*", de traduction des émotions et des sensations en représentations de mots verbalisés est extrêmement difficile lorsque l'on a à faire à des projections pathologiques dont le sens ne cesse d'échapper. Dans ces situations les plus difficiles l'aide apportée par un professionnel externe, "*indemne de ces projections*" est indispensable pour permettre à l'équipe d'abord de se "*déprendre*" (Pinel) de la situation, de faire un pas de côté notamment lorsque l'institution se trouve engagée dans "*des mécanismes de résonance psychique*" (Pinel).
- **La réunion clinique / les réunions de transmission** : il est indispensable de distinguer les réunions de transmissions quotidiennes avec les médecins des réunions cliniques. D'abord parce que sans cela le temps passé en réunion nous prive de temps auprès des patients et alors on n'a plus aucun matériel clinique à partager. Ensuite parce qu'il y a à respecter un rapport au temps et à l'événement. Tout ne peut pas être élevé tout le temps au rang d'événement significatif. Chaque équipe peut souhaiter s'entretenir longuement avec le médecin sur chaque patient chaque jour mais alors on manque du recul nécessaire pour distinguer l'insolite de ce qui est constant chez le patient et cela peut pousser les soignants à attendre des réponses médicales et pire encore à pousser les médecins à produire des réponses tous azimuts.

Il importe de définir le rythme des réunions cliniques pour ne pas se situer dans une trop grande réactivité quant à la réévaluation des projets de soins. C'est une forme de "*délicatesse*"(Oury),

il faut se laisser le temps d'apprécier ce qui est en train de se passer, de ne pas conclure trop rapidement à une amélioration ou une dégradation, de ne pas produire des interprétations sauvages et en déduire des plans d'actions trop entreprenants, au risque de produire un écrasement du sens.

- **Au niveau du projet de soins de l'unité dans son ensemble** cela implique de mettre la qualité thérapeutique du dispositif et la question de la rencontre au cœur des objectifs de soins. Cela donne une perspective très profonde à la question du projet de soins individualisé, qui sous-tend, si on le prend au sérieux, "*que chacun puisse être pris en compte au sein d'une structure d'ensemble*"(Oury). Ce qui est déjà un travail considérable.

Car faut-il ajouter qu'au sein de ces réunions de travail chaque professionnel doit se sentir considéré, reconnu, que la capacité d'accueil s'exerce d'abord dans l'accueil de l'autre au sein même de l'équipe. Pour que ce sentiment de sécurité existe, il faut qu'il y ait une identification suffisante au collectif, c'est à dire à son projet de sorte que cette cohérence d'ensemble, une fois assurée, permette justement le jeu des particularités, d'une hétérogénéité nécessaire.

L'organisation des soins doit tenir compte d'un besoin évident de structuration, c'est une condition nécessaire pour assurer la cohérence et la continuité mais ce n'est pas une condition suffisante. Car ceci étant dit, il importe aussi de se rappeler que cette structure vient s'opposer à ce qui justement fait défaut chez certains patients. C'est donc "*un outil de soins qui impose des contraintes réelles aux patients et aux soignants mais qui a surtout une portée symbolique*" (Racamier). Sur ce fond structuré concrètement vont pouvoir se détacher les formes de la clinique de la relation ordinaire.

Le cadre a pour fonction et pour responsabilité d'organiser les conditions de l'hétérogénéité et de la cohérence. Ces vecteurs de différenciation et d'identification qui doivent être sans cesse mobilisés pour prendre en charge les processus de fusion et de déliaison à l'œuvre dans la psychose. Lorsque ces conditions ne sont pas réunies, les équipes peuvent se trouver atteintes dans leur fonctionnement.

Lorsqu'il n'y a pas de collectif, pas de projet commun, pas de valeurs, de cadre mental partagé, ce qui fait tenir les équipes, ce peut être des pactes et toutes sortes de perversion au sens structurel : c'est à dire des perversions qui n'en sont pas sur le plan du fonctionnement individuel mais faute de savoir ce qu'on fout là, on fait "au mieux", ce qui se limite souvent à ce qui fait "le moins mal" aussi bien aux patients qu'aux professionnels eux-mêmes avec un fonctionnement essentiellement fondé sur la recherche de bénéfices secondaires tant de la part des malades que des professionnels. Il n'y a alors plus de décollement possible, le bonheur des uns fait le bonheur des autres au prix cependant d'aliéner le malade, de confondre demande et désir. Cela donne alors des unités "*plus occupées à satisfaire les caprices des usagers et à leur épargner la peine de changer qu'à les soigner*". En faisant le lit de la chronicité, ces institutions, "*inoffensives en apparence sont en réalité destructrices*" (Hochmann).

Une éthique impose au cadre d'agir au sein des groupes pour restaurer une capacité collective à se structurer autour d'un projet commun. Le collectif institutionnalise l'individu, il fait tiers. Le soignant parle et agit fonction de son appartenance, "en tant que" : cela permet à la fois un "décollement" et une limite. Il parle en tant que et endosse une certaine responsabilité mais qui n'est pas seulement la sienne. L'appartenance comprend des éléments d'identification (nécessité de

partager des valeurs communes) et des éléments de différenciation (possibilités d'assumer des particularités, des spécificités).

III. D'un autre côté : à propos d'efficience et d'évaluation

Nous évoluons aujourd'hui dans un contexte assez défavorable, il faut quand même le dire. Nous avons beau travailler notre projet, mettre du cœur à l'ouvrage, nous ne sommes pas hermétiques au monde environnant et la politique générale intervient naturellement comme "méta-cadre", il nous faut donc dire toute la difficulté qu'il y a à se saisir de cet enjeu de promouvoir la dimension psychiatrique des soins quotidiens, de la rencontre, à l'ère de la gestion, et de la certification.

S'intéresser à la clinique de la relation ordinaire, c'est naturellement se préoccuper de qualité des soins, c'est promouvoir la qualité thérapeutique des relations interpersonnelles en situation de soins.

Sur ce point de la qualité je voudrais témoigner de la difficulté qui émane du fait que la certification sa démarche et ses indicateurs nous ont presque confisqué le terme de qualité, en l'érigeant au rang de chose en soi : LA QUALITE. Or la qualité est un attribut, l'attribut d'un autre sujet : LES SOINS.

Là je me permettrais de relever 2 problèmes supplémentaires quant à « LA QUALITE » :

- ce qui est visé dans la démarche de certification ce n'est pas la qualité des soins mais la qualité du système de santé : la qualité des soins n'est qu'une partie du système qu'il faut relativiser en fonction de son coût : le maître mot est l'efficience;
- il y est question de réduire les écarts avec les "bonnes pratiques" recommandées, validées selon des données probantes, c'est un système dans lequel il importe voir il suffit de se montrer conforme : cela comporte un risque élevé "d'imposture"(Gori);

L'efficience, c'est en fait un rapport entre la meilleure qualité possible et son coût. C'est à dire par exemple qu'un dispositif médiocre ayant un coût très bas est plus efficace qu'un dispositif de bonne qualité ayant un coût très élevé, l'idéal étant de parvenir à un dispositif d'une qualité relative à coût acceptable (?).

Il y a 10 jours j'étais en formation, une formation obligatoire pour apprendre à réaliser des roulements. La formatrice qui est consultante auprès de nombreux établissements expliquait que son expertise était requise lorsque une réorganisation du temps de travail s'imposait notamment à l'occasion d'une diminution du nombre de postes de soignants (commanditée par l'ARS). Elle commençait par spécifier qu'il fallait mettre les moyens en regard des besoins et donc évaluer les besoins. A un moment de sa présentation, elle donne l'exemple d'une maison de retraite et explique que l'on peut répartir la charge de travail sur la journée, notamment, que l'on peut réaliser des aides à la toilette l'après-midi.

Il faut entendre que le projet n'est pas de laisser du personnel un peu disponible au cas où un résident exprimerait le souhait que l'on s'adapte à son mode de vie, mais que l'organisation ne

permettra probablement pas que tous les résidents puissent bénéficier d'une aide le matin et que les professionnels devront donc leur imposer cette aide l'après-midi. Donc on voit bien que les moyens étant la variable qui ne variera en fait pas, et bien nous serons bien obligés de faire peser la variation sur le besoin.

Alors dans l'état actuel des choses, pour revenir en psychiatrie en tous cas je m'interroge. Une directive ministérielle qui porte le numéro DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 est parue le 29 mars. Il s'agit d'une directive qui vise à encadrer et à réduire les pratiques d'isolement et de contention. Je retiens la phrase suivante : "*l'isolement et la contention sont des pratiques devant être utilisées en dernier recours*".

Dans l'évaluation que font les professionnels des situations de soins, leur appréciation des moyens dont ils disposent pour contenir une situation d'agitation entre naturellement en ligne de compte : la présence de personnels moins qualifiés (diplômes ou ancienneté), en nombre limité, ne donne pas toujours le sentiment de sécurité et la contenance requise pour faire face à certaines situations.

4ème histoire : Je me souviens de ce jour où je travaillais en unité d'admission et où dans l'après-midi, à l'occasion d'une ronde, une infirmière avait trouvé cette patiente qui s'était profondément ouvert les poignets et gisait presque inconsciente dans une flaque de sang. Ce jour là en service il y avait 3 soignantes : cette infirmière, une jeune collègue tout juste diplômée, arrivée depuis peut-être un ou deux mois et une aide soignante. La situation a été très bien traitée par ces trois professionnelles en présence du médecin qui était sur place, mais pendant un certain temps il y avait eu un ensemble de choses précises et importantes à faire et puis il y avait l'état de la patiente qui était très préoccupant. En suivant cet événement j'ai plusieurs fois rencontré l'infirmière nouvellement diplômée pour lui apporter mon soutien et évaluer le stress qu'avait pu provoquer la situation et un éventuel impact sur son sentiment de compétence et de sécurité, heureusement, elle avait pu bénéficier de l'expérience de sa collègue qui avait pris en main de gérer la situation dans son ensemble . Mais aussi, suite à cela j'ai développé moi-même un état de stress vis à vis du planning. Car ce mois là nous avons dû, au pied levé transformer un poste d'infirmier en poste d'aide soignant. J'avais œuvré pour ré-équilibrer le planning en conséquence en ne prenant pas assez garde d'éviter de mettre les plus jeunes professionnels en service en même temps. J'ai eu cette réflexion de me dire qu'il n'aurait pas fallu que cette situation survienne un autre jour, un de ces quelques autres jours où, au planning, il y avait des professionnels moins expérimentés.

Je ne doute pas que la situation aurait été prise en charge mais peut-être avec un impact plus négatif sur les soignants, sur leur sentiment de compétence et de sécurité.

Aujourd'hui il n'est pas rare de voir que sur des effectifs, là où il faudrait, pour fonctionner, 3 soignants le matin, trois l'après-midi et un de journée, il n'y a en fait pas de soignant en "journée", et que sur les trois présents l'un soit est un renfort du service voisin, soit travaille sur une autre unité de l'établissement et est en heures supplémentaires sur l'unité. Ces conditions n'offrent naturellement pas les mêmes possibilités d'intervention aux soignants.

La proximité du cadre de santé qui exerce au sein de l'équipe lui confère une place qui lui permet de repérer les limites, en situation concrète de certaines mesures économiques.

Nous devons absolument continuer à affirmer avec d'autres que *"la psychiatrie est un domaine absolument autre que ceux de l'industrie, de la consommation, du processus de production"*. Dans un petit texte intitulé *"Logique managériale ?"*, Jean Oury rappelle que dans ce domaine, le *"travail vivant"*, est indispensable à la réalisation des buts. Il cite Pascale Molinier, avec Christophe Dejour *"la valeur humaine et l'efficacité de la « compassion », même dans le strict domaine des soins infirmiers, ne peuvent être estimées avec les chiffres de la production de marchandises. Et que vaut un sourire dans les rencontres extrêmement complexes du champ psychopathologique ?"* Il cite Karl Marx : *"Le « travail vivant » est « inestimable », intégrant dans sa logique des facteurs de jeu et d'ouverture"*.

L'autre point redoutable il me semble dans l'évaluation consiste en son caractère externe, selon des indicateurs standardisés. Ce qui fait toujours courir le risque de prendre des vessies pour les lanternes d'une part et d'autre part risque de porter très sérieusement atteinte à cet autre objectif de faire en sorte *"qu'une organisation d'ensemble soit faite pour tenir compte d'un vecteur de singularité"* (Oury).

Comment peut-on soutenir cette position lorsque le discours "QUALITE" se fonde essentiellement sur un objectif de meilleur degré de conformité avec des recommandations issues de pratiques probantes ?

Dernière histoire . Cela se passe toujours dans cette unité d'admission, il y a de cela 4 ou 5 ans, nous avons eu comme un certain nombre d'équipes à regretter que l'un de nos patients ait pu se suicider à l'occasion d'une sortie autorisée. Nous étions affectés, et l'équipe s'est mobilisée pour participer à la réunion "d'analyse des causes de l'événement indésirable grave". Le médecin s'est entendu demander "aviez-vous évalué le risque suicidaire chez ce patient ?", elle était restée sans voix avant que la question ne se précise : "comment évaluez-vous le risque suicidaire chez vos patients ?", elle a dû expliquer qu'elle était psychiatre et qu'elle rencontrait les patients en entretien, qu'elle travaillait à l'établissement d'une relation de confiance pour qu'ils puissent parler et solliciter l'aide dont ils ont besoin et qu'elle recherchait les indicateurs du risque lors de l'entretien et au travers des observations des soignants. Alors pour limiter le risque d'erreurs dans cette évaluation on nous a suggéré l'utilisation d'une échelle (c'est très à la mode les échelles pour mesurer). Sauf que nous avons pris connaissance de ces dernières et il n'y a que peu de patients qui présentent un score acceptable (antécédents, clinique...) et comme ces échelles doivent être une aide à la prise de décisions, alors les médecins ne sont pas prêts de laisser sortir les malades. Car le patient dont nous parlions n'était ni mieux ni moins bien qu'à la veille de sa précédente sortie définitive d'hospitalisation, et que probablement, le fait que le médecin jusque là lui ait permis de sortir en lui greffant un peu de la confiance qu'il pouvait lui faire pour fonctionner et ne pas se réduire à sa maladie a probablement été d'un soutien inestimable pour ce malade jusque là.

Comment ramener à la relation ces patients qui veulent se supprimer, comment ne pas les laisser tomber ? A l'hôpital on sait bien qu'il y aura toujours de l'inévitable là dedans des cas de détresse trop sévères alors on a des stratégies, par exemple on fait des rondes aléatoires. On surveille et parfois cela surprend le malade que l'on s'intéresse de savoir où il est, on le fait exister quelque part et cela peut se mettre à compter pour lui. Mais comment forme-t-on les soignants à la présence auprès de ces sujets qui sont sur le point de se faire disparaître, comment soutient-on cet exercice de

la présence : cela ne garantit pas tout mais être là ça peut compter. On se préoccupe. On tente de cultiver une certaine manière de faire, "*le tact*" (Oury).

Nous sommes à une période où nous devons nous réjouir que les réglementations nouvelles améliorent le droit des personnes hospitalisées. Où, en psychiatrie comme ailleurs, la loi du 4 mars 2002 notamment, oblige à plus de transparence, plus de concertation. Cela pourrait aller dans le sens de la lutte contre l'aliénation et la passivité des malades. Mais il faut aussi se rendre compte que ces évolutions ne sont pas nécessairement philanthropique, qu'elles surviennent dans un contexte de judiciarisation du système de santé et menacent toujours de se mettre en œuvre sur un mode paranoïaque.

Car ce nouveau système introduit une autre forme d'aliénation. Celle où "*le psychiatre n'est plus cet Autre qui ne répond pas à un Autre*" (Oury): du point de vue de la relation au malade, dans la rencontre cela change tout. Si le soignant est préoccupé par autre chose que ce que lui dit le malade, s'il est occupé par exemple à ouvrir un parapluie au-dessus de sa tête, alors n'y a-t-il pas un risque pour que la rencontre n'ait pas lieu ?

C'est quand même un problème lorsque l'on parle de tenter de renouer quelque chose du sens de l'existence, si la détresse du malade devient un risque contre lequel le soignant doit sans cesse s'enquérir de se protéger...

Car la question de savoir s'il est préférable de mesurer la détresse du patient sur une échelle ne se pose pas du point de vue de la qualité de la relation au patient suicidaire, c'est à dire de la qualité de la présence mais seulement de la nécessité de prouver que l'on n'est pas passé à côté d'un risque.

Je ne veux pas dire qu'il ne faut pas réfléchir et peut-être se doter de moyens qui puissent aider à prendre des décisions difficiles. Mais ce que je veux dire en revanche c'est que des échelles ça ne fait que des mesures, ce n'est pas du soin, ce n'est pas du tout suffisant et l'on fait courir un grand danger aux malades si l'on ne prend pas soin d'autre chose que de mesurer.

Enfin là-dessus je veux citer Rolland Gori, qui dans son ouvrage "*La fabrique des imposteurs*", met en garde contre les effets d'une société normative et où il est évident que la normativité, la normalisation, la rationalisation produit tout le contraire de la compétence, c'est en fait un système dans lequel les plus habiles à "réussir" sont les plus conformes. Or "*le conformisme en toutes circonstances, le conformisme comme valeur centrale équivaut à l'imposture*".

Tout cela est inquiétant parce que cela risque de porter atteinte au professionnalisme des soignants, et puis il y a autre chose évidemment c'est que où serait notre intérêt dans ce conformisme, à remplir 90% de grilles, à rendre 80% de QDS ?... Au cas où les professionnels ne seraient pas assurés de l'intérêt de tout cela, on se met à parler d'argent, on nous raconte que cela rapporte de l'argent à l'hôpital, nous sommes directement associés au projet pas seulement de réaliser des économies mais carrément de faire gagner de l'argent à l'hôpital.

Ce modèle technocratique de l'hôpital-entreprise "*constitue une solide défense contre la déliaison mobilisée par les malades*". Il étend le langage de la gestion jusqu'à la gestion des comportements et des émotions, et comme l'indique Jean-Pierre Pinel "*propose un idéal masqué, celui de l'organisation sans trouble, sans crise, infaillible, gérant les contradictions et absorbant les*

conflits, sans négatif et sans reste. [...] En cela, elle est aussi probablement le modèle qui sape le plus efficacement l'émergence du sujet".

Parmi les imposteurs, il y a donc en premier lieu les cadres, nous sommes, je crois les plus candidats à l'imposture. Il faut prendre garde à ce que les objectifs de soins d'un projet d'unité ne cessent jamais d'être centrés sur le progrès humain, dans le registre de l'amélioration de la santé des usagers et du bien-être au travail des professionnels et d'éviter toute collusion avec les objectifs qui ont été assignés de façon uniforme pour "gagner de l'argent". Il faut sans cesse se démarquer de ce projet de normalisation et cela revient à laisser les indicateurs à leur place d'indicateurs, à nourrir une position critique vis à vis de tout cela et surtout à avoir une idée de ce qu'est un soin de qualité, à ne pas se laisser confisquer cet attribut.

La clinique de la relation ordinaire qui concerne le quotidien c'est ce qu'il y a de plus banal et qui, parce que cela risque sans cesse de devenir une évidence, c'est à dire de perdre ce caractère de conquête, nécessite les arrières plans les mieux définis et une incroyable vitalité au sein des équipes.

La difficulté du soin infirmier en psychiatrie est son défaut de visibilité : ce qui est extraordinaire parfois est que rien d'extraordinaire n'ait lieu justement : qu'un repas ait pu se prendre à l'heure, avec d'autres, que quelques échanges aient pu avoir lieu, cela rompt parfois considérablement avec ce que vivent les malades psychotiques dans leur quotidien marqué justement par une quotidienneté perdue. Les équipes mènent parfois un véritable travail de réanimation psychique avec pour outil principal le quotidien en partage et ce soin intensif qui nécessite une très grande qualité de présence dans la relation se manifeste par tout autre chose qu'un surcroît d'activité auprès du patient, c'est une question d'épaisseur : les soignants ne doivent pas étaler leur présence, ils doivent la creuser. Alors on comprend bien que pour qui y regarde un peu trop vite et d'un peu trop loin, il n'y ait pas matière à constater l'ampleur du travail accompli et toujours à renouveler.

Donc le rôle du cadre est là aussi, de s'emparer de cette question de la qualité des soins, de formuler une idée et un projet précis qui permette aux équipes de dispenser des soins de qualité et de réclamer, défendre, justifier les moyens nécessaires. De la même manière que les soignants, nous butons parfois sur la question de la formalisation. Nous ne devons cependant pas rougir ou avoir peur de parler de psychiatrie en psychiatrie. Même si nous sommes très attendus sur des questions de gestion, il ne s'agit pas seulement de mettre en adéquation des organisations aux moyens alloués mais bien de participer à l'évaluation des besoins, sans quoi nous serons des instruments de la gestion de la pénurie d'une part et d'autre part nous contribuerons à alimenter le projet de certains qui consisterait à employer ici comme ailleurs des personnels issus de formations managériales.

Il faut beaucoup de conviction et d'énergie parfois pour faire seulement ce qu'il est impossible de ne pas faire. Il est très difficile de se démarquer, il faut du courage, car lorsque l'on a l'insolence de vouloir discuter de la pertinence des indicateurs (non pas pour s'y soustraire, on n'est pas idiots, on a compris l'histoire de l'argent tout ça, mais pour réfléchir aux modalités de mise en œuvre), on s'entend aussitôt opposer la vérité de la science, on vous renvoie à votre petite chaise car ce que l'on vous demande, c'est de mettre en œuvre des méthodes qui ont fait leur preuve et on ajoute que tout cela a été établi par des comités scientifiques reconnus : il y a donc tout un procès de disqualification, alors il faut beaucoup de courage pour ne pas avoir peur de passer pour un imbécile.

Le progrès n'est pas entendu dans son rapport à des valeurs mais dans le sens d'une marche en avant, celui de la modernité, nous ne sommes pas obligés de croire que cette marche va dans le bon sens. Vous constatez sûrement autant que moi qu'avoir des valeurs vous conduit souvent à vous faire traiter de naïf.

Et bien lorsque cela m'arrive, je me souviens de cette phrase de Hochmann: "Je n'ai pas honte d'affirmer, contre les caprices de la mode, que mon but est de soigner. Je ne crains pas de me présenter comme faisant une médecine, c'est à dire oscillant empiriquement entre diverses tactiques, essayant de soulager et de ne pas nuire, colmatant les brèches et ne tentant qu'à posteriori une théorisation, sujette à révision et de toute manière accessoire".

Et puis je salue très respectueusement et dis toute mon admiration pour le travail de Monsieur Lanquetin, remarquable qui avec beaucoup de rigueur et d'approfondissement nous montre que le champ de la recherche infirmière peut aussi démontrer la pertinence et l'opérationnalité des arrières-plans théoriques qui fondent le cadre mental chez les soignants, que la relation thérapeutique n'a rien d'intuitif, qu'elle ne se cantonne pas à des situations de soins déterminées par des programmes ou des procédures, que non seulement elle se réfère à des théories mais aussi qu'elle se déploie dans tous les domaines de la relation au malade avec une infinie complexité.

CONCLUSION

Je voudrais terminer cette communication en disant que la spécificité de nos pratiques tient à ce que le progrès n'est jamais acquis et en substance il faut qu'elles puissent demeurer dans un état non pas d'éternel recommencement mais de travail. Cela signifie qu'il faut toujours remettre sur le métier nos réflexions, nos insatisfactions, notre désarroi, nos peines, et que le corolaire c'est que nous saurons toujours nous étonner, nous réjouir, nous laisser surprendre.

En démarrant ce travail de réflexion avec le petit groupe de professionnels que nous formions à FORMAREC j'étais surtout affectée par ce constat, assez déprimée aussi par un certain nombre d'épreuves professionnelles et je m'interrogeais sur la vanité de cette entreprise, je me demandais à quoi cela servait de travailler si dur à essayer de mettre en place un système alors qu'autant d'incidences qu'elles soient externes ou internes menaçaient sans cesse, parvenaient parfois à le disqualifier. Ce travail et cet échange aujourd'hui me permettent d'envisager cette précarité, je préfère dire cette fragilité comme l'essence même de la nature de ce que nous sommes appelés à faire : c'est un travail délicat, invisible si on n'est pas attentif ou si l'on est trop pressé. En ce sens c'est un travail précieux auquel il nous appartient de rester infiniment attachés et qui demande beaucoup de patience et d'obstination. Dans le contexte actuel cela impose aussi un militantisme, d'opposer une résistance aux pressions technocratiques, de défendre le métier d'infirmier, les différents métiers du soin et de revendiquer la nécessaire compétence des personnels d'encadrement dans ce domaine.