

RÉFLEXIONS SUR LA RÉALITÉ D'UNE ÉQUIPE

Jean-Yves CASAUX, psychopédagogue, formateur à l'IFCS CH. Charles Perrens, Bordeaux

On ne peut travailler un objet particulier s'il n'est en même temps travaillé dans l'ensemble auquel il appartient et l'activité duquel il participe. Ainsi, quand on travaille un objet, il y a en fait toujours deux objets à travailler : l'objet qui est l'objet même de notre travail et l'ensemble dans lequel cet objet se situe, ensemble qui, à la fois, est déterminé par l'objet et le détermine. La construction de l'équipe doit s'étayer sur l'élaboration d'un objet interne à l'équipe (l'objet « soin ») et sur l'existence d'objets externes (environnement psychique immédiat, monde social).

Si nous posons l'objet « soin » au centre d'un schéma (fig. 1), nous aurons autour les personnes qui composent l'équipe. L'équipe serait donc l'élaboration de l'objet « soin » (qui n'est jamais construit d'avance) et les personnes qui l'élaborent dans le rapport qu'elles ont au soin. L'équipe sera donc composée aussi de leurs relations interpersonnelles et de l'organisation du travail qui contribue aux relations et aux soins.

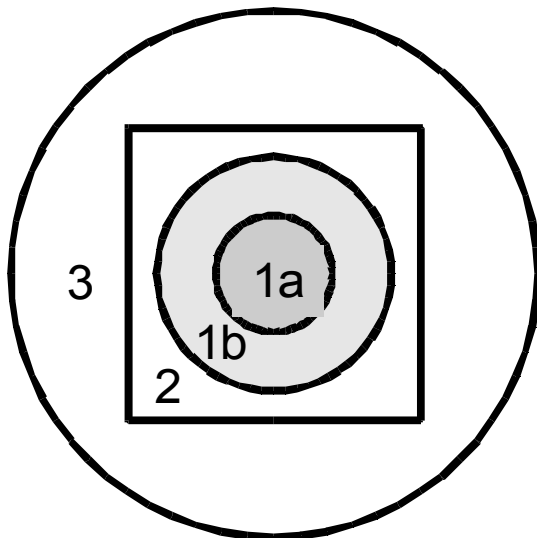


Fig. 1. L'équipe de soins en situation

1. L'équipe surface réfléchissante. 1a : au centre, l'objet «soin», 1b : autour, l'équipe, les gens en relation avec cet objet «soin» qu'ils élaborent..
2. L'environnement psychique immédiat : le corps professionnel doit exister car il a une fonction nécessaire de pare-excitation vis-à-vis du monde extérieur.
3. L'environnement social.

La fonction pare-excitation, décrite par FREUD, désigne une certaine fonction et l'appareil qui en est le support. Cette fonction consiste à protéger l'organisme des excitations provenant du monde extérieur qui risqueraient de le détruire. L'appareil est conçu comme une couche superficielle enveloppant l'organisme et filtrant passivement les excitations.

Toute cette surface qui figure l'équipe dans sa dynamique est également pour le patient une surface de réfléchissement.

Cette première surface est représentée dans un cadre qui peut être appelé l'environnement psychique immédiat de l'équipe et qui figure le monde spécialisé des soins et de la santé. L'environnement psychique de l'équipe a une fonction de « pare-excitation » par rapport aux pressions du monde extérieur. Cet environnement social (la société, l'univers dans ses formes socio-politico-juridiques et culturelles) est figuré par le grand cercle.

Quand on sait toutes les dimensions complexes, subtiles, délicates et difficiles du travail de soin, on sait qu'une équipe soignante a besoin, à certains moments, d'être tranquille. Cela ne veut pas dire qu'elle n'a pas à s'interroger, ni à être interrogée, mais il y faut des conditions ; elle a besoin d'une tranquillité pour cela, d'un pare-excitation. On peut penser qu'un corps infirmier structuré professionnellement, défini et autonome, serait un élément nécessaire de cette fonction pare-excitation.

L'étayage interne

Si nous définissons l'équipe d'une façon rudimentaire comme un ensemble de personnes réunies par un ou des objectif(s) commun(s), se pose déjà une question : quelle est la nature de cet objectif ?

Cet objectif peut être surtout d'ordre subjectif et il permet alors certainement quelque chose de l'existence d'une équipe, c'est-à-dire d'un moi groupal mais essentiellement tourné vers lui-même. L'illusion groupale concerne cette sorte d'éclosion d'une équipe-groupe imaginaire.

D. ANZIEU a proposé l'analogie du groupe et du rêve. Les individus demandent au groupe une réalisation imaginaire de leurs désirs refoulés. Il a dénommé « illusion groupale » le sentiment d'euphorie que les groupes éprouvent à certains moments, la recherche d'un état fusionnel collectif : « on est bien ensemble », « nous sommes un bon groupe », etc.

Une autre forme d'imaginaire (je l'appelle comme cela à défaut d'autre mot pour le moment) guette l'équipe lorsque « l'équipe » se détermine avant tout dans l'exécution d'objectifs entièrement définis de l'extérieur, sans que les individus de l'équipe ou du groupe, sans que « l'équipe » se les soit appropriés. Comment se les approprier ? En construisant un projet : projet de formation, projet de soins. Cet imaginaire concerne une équipe pédagogique n'ayant d'autre souci par exemple que la réalisation d'un programme. Cet imaginaire concerne encore une équipe soignante qui ne serait tournée que vers la stricte exécution des prescriptions médicales. Il concerne aussi, et peut-être est-ce plus net comme exemple en psychiatrie, l'équipe qui s'occuperait uniquement des activités soignantes dans la mesure où ces activités sont réduites au souci de leur fonctionnement pour leur fonctionnement.

On a affaire dans ces cas-là, à ce que j'appelle une équipe irréelle, abstraite. Irréelle parce manque alors la question de la compréhension de la réalité, la capacité à construire une représentation de la réalité dans son ensemble, avec ses liens de détermination et dessinant en même temps les domaines mêmes de ses propres interventions pour agir sur cette réalité. Quand on analyse une réalité, que l'on commence à la comprendre, se dessinent en même temps les moyens d'action, les orientations, les perspectives.

Il s'agit donc que la réalité et ses éléments soient saisis, dans toute leur signification vivante, par la construction de la représentation mentale de cette réalité. Je ne saurais trop insister sur la nécessité de construire des représentations mentales de l'objet de travail et du contexte dans lequel il est. Il n'y a rien sans travail d'élaboration. *Il n'y a pas d'équipe possible sans connaissances théoriques et sans une activité permanente de théorisation et d'appropriation de sa pratique.*

C'est ainsi par exemple, qu'il n'y a pas d'équipe pédagogique sans réunions pédagogiques. On y discute de ce qu'il se passe, de ce que les enseignants éprouvent, de la façon dont ils vivent les étudiants, de la façon dont on perçoit qu'il y a ou non une atmosphère de travail pour les étudiants. Autrement dit, on essaie de se dire ça, puis on essaie de réfléchir : même si la situation est jugée positive, on y réfléchit quand même. Si on sent que quelque chose ne va pas, on essaie de comprendre, de situer ce qui est en dysfonctionnement et pourquoi, afin de pouvoir introduire ou produire une transformation de la situation. C'est de cette manière qu'on décide de l'organisation pédagogique, laquelle n'est pas autre chose que les formes dans lesquelles sont matérialisées (c'est-à-dire agies symboliquement) les orientations de pensées du projet pédagogique.

Dans les services, c'est pareil. Je ne « comprends » pas qu'il existe encore des services où il n'y a pas de projet de soin pour chaque patient. Il faut des réunions, pas des réunions pour la réunionite, mais des réunions où l'on parle effectivement et où se construisent des projets de soins dans la dimension infirmière ; donc pas forcément toujours avec le médecin. Il faut des réunions théorico-cliniques, où de temps en temps, quelqu'un d'extérieur vient, pour qu'il y ait autre « chose » qui nous écoute, qui fasse réflexion (au sens du miroir qui réfléchit) et aussi réflexion mentale, grâce à qui on pourrait s'écouter, c'est-à-dire s'entendre. Quand je dis théorico-cliniques, je fais également référence aux revues professionnelles dans lesquelles sont publiées des articles remarquables portant sur la dimension clinique et les constructions théoriques qui en découlent. Ces articles devraient être les objets ordinaires de réflexion d'une équipe.

Connaissances théoriques donc, pour éclairer l'opacité du réel. Souci de la référence au réel comme castration de la dimension éventuellement mégalomane de la pensée théorisante. Autrement dit, quel est le fil rouge de ce mouvement dialectique de la pensée au réel et du réel à la pensée ? Je pense que c'est la question de la vérité. *Il s'agit de l'engagement de son existence dans la dimension du penser.*

Cet engagement suppose l'existence de moments de critiques et la capacité de chacun et de l'ensemble à les recevoir. Ainsi la capacité de réception de ces critiques, l'acceptation de ce que j'appellerai l'écornement du miroir et le dépassement de la blessure narcissique est lié au désir de « ne pas mourir idiot ». Autrement dit, la mort, le vrai : les seuls repères du vivant. Il faut ne pas avoir peur de rencontrer une certaine violence du vivant dans la prévalence de la relation d'objet objectale par rapport à la relation d'objet narcissique. S'opposer à propos des objets et non à propos des personnes. Cet engagement suppose une certaine forme de rapport à l'Autre, une conscience – comme on dit faire son examen de

conscience, la voix de la conscience – cette censure nécessaire et qui s’accompagne du sentiment de culpabilité – ce que j’appellerai encore pour faire plus universel, la crainte de Dieu. Cette crainte de Dieu (que j’emploie non pas à titre religieux mais comme métaphore culturelle) n’est pas la crainte d’un pouvoir hiérarchique mais essentiellement la crainte de ne pas être dans le vrai et le désir de vivre vrai.

C’est ce qu’à l’École des cadres nous avons eu en commun toutes ces années et ce qu’Éliane Mercier savait incarner. Nous vivions à égalité et nous l’étions en quelque sorte, c’est-à-dire que nous étions également soumis au connaître et liés entre nous par ce désir du connaître.

L’étayage externe

Il y a nécessité d’étayage sur des objets extérieurs. Il faut construire, discuter et élaborer constamment une représentation de la logique du fonctionnement des soins. Elle s’élabore dans les instances quand il y en a (assises, congrès, au travers d’organismes). Cette représentation est celle d’un ensemble qui permet d’aller du soin lui-même aux personnes qui réalisent ces soins, à l’équipe. Cela permet de se demander comment une équipe se constitue dans un établissement, quels sont les liens et les liaisons, dans l’établissement, nécessaires pour que cette équipe travaille. Il y a nécessité au niveau national que chaque service infirmier d’un établissement puisse tenir la route et ne soit pas soumis aux vagues ou aux tempêtes de chaque établissement. Cette stabilité dans la tempête ne peut s’étayer que sur une instance représentative professionnelle.

On ne peut être un infirmier réel sans une représentation relativement cohérente d’un ensemble qui est l’ensemble du corps professionnel infirmier; qu’il existe ou non dans la réalité. S’il existe dans la réalité, il faut s’en faire une représentation pour s’approprier cette réalité et, s’il n’existe pas, il faut s’en faire la représentation pour tendre à ce qu’il devienne réalité. On n’échappe de toute façon pas à la nécessité de se faire une représentation mentale, fondée le plus possible par des connaissances, par une rationalité, etc., sur la nécessité d’un ensemble sur lequel va pouvoir s’étayer la pratique même à la base du soin.

Le travail de l’infirmier est extrêmement fragilisé au milieu de ses partenaires des soins s’il n’y a pas un service infirmier partageant les mêmes types de préoccupations que lui. Ce service infirmier nécessaire à l’étayage de la solitude de l’infirmier soignant est malheureusement trop « faiblard ». Il le sera dans la réalité et dans les textes aussi longtemps qu’il ne sera pas étayé lui-même par une instance infirmière de référence des services infirmiers. Que cette instance se nomme « Ordre professionnel infirmier » ou autre, peu importe. Aux infirmiers d’en construire les formes et les statuts.

Il me vient à l’esprit une image un peu fantastique, une caricature à la Topor, que j’ai vue quelque part, montrant l’infirmier général, tout seul à la tête du service infirmier, sans instance professionnelle, nationale, sans co-référence professionnelle officielle, réelle... Et la tête de ce service infirmier était ainsi, le crâne ouvert, sans instance au-dessus. Alors l’administration et les médecins viennent picorer dans les crânes là-dedans ; des fois, il n’y a pas grand-chose à picorer, puis des fois, s’il y a grand-chose à picorer, ben y’a plus rien, parce qu’à force de picorer !...

Les services infirmiers ne sont même pas reconnus par les infirmiers eux-mêmes, ça pose problème quand même ! Il faut qu’il y ait relation ascendante et descendante de la base, de l’infirmier de soin aux infirmiers généraux et réciproquement. Il faut qu’il y ait des instances qui dépassent les infirmiers généraux, bien entendu, sur lesquelles les infirmiers généraux et les cadres infirmiers, en tant que représentants du service infirmier pourront eux aussi venir s’étayer.

Depuis la réforme des études en 1992, nous avons commencé à travailler sur une Charte de la formation ; les cinq Assises nationales des infirmiers en psychiatrie et en santé mentale (Bordeaux, Paris, Rouen, Albi, Limoges) ont été, à chaque fois, l’occasion d’en discuter jusqu’à ce qu’elle se concrétise. L’instance nationale qui pourrait avoir des relations au niveau européen doit avoir une plateforme. Cette plateforme doit avoir deux objets essentiels : une Charte de formation (élaborée et prête à propositions) et une Charte de l’exercice infirmier (qu’il faudrait maintenant construire). J’invite les infirmiers à ce travail. Et je le dis instamment car à certains moments, de spleen sans doute, c’est l’image de deux pieds dans le même sabot qui me vient à l’esprit. Nul n’est parfait.■

(Ce texte a été publié dans la revue SOINS Psychiatrie n° 198 d’octobre 1998.)