

6èmes Journées d'Octobre FORMAREC *Histoire(s) d'équipe(s)*, les 16 et 17 octobre 1997, à Bordeaux.

LES RÉUNIONS CLINIQUES

*Philippe CHAVAROCHE,
Formateur en travail social au CEFPROSSCE à Bergerac*

Les réunions constituent un temps fort de la vie d'une équipe mais elles sont tellement banalisées qu'elles ne sont plus interrogées et fonctionnent souvent à vide. La maladie mentale confronte les soignants à quelques difficultés majeures, quelques unes seront repérées et décrites. L'auteur estime qu'il est indispensable de structurer dans les institutions de soin un espace de réunion clinique qui permette d'élaborer. Il esquisse les premiers éléments d'un cadre théorique destiné à ces réunions cliniques.

La « fameuse » réunion constitue un de ces temps forts de la vie d'une équipe en institution, qu'elle soit de « synthèse », de « bilan », de « supervision », de « service », etc. (les appellations contrôlées ou non varient). C'est la forme que semble avoir choisie l'institution pour se rassembler en équipe (dite pluridisciplinaire) pour élaborer, orienter, guider et évaluer la prise en charge thérapeutique d'un malade.

I/ Travail clinique en institution : état des lieux.

Ces réunions sont tellement habituelles qu'on les pratique dans toutes les institutions, qu'elles font partie intégrante de notre vocabulaire à l'exemple de l'officielle, incontournable et toute-puissante « synthèse ».

Mais n'est-ce pas cette habitude qu'il convient justement de questionner lorsqu'on sait le formidable pouvoir d'usure que font peser sur les institutions et les équipes des pathologies psychotiques ? Les réunions ne sont-elles pas alors prises dans des automatismes, des pesanteurs institutionnelles, des jeux d'acteurs stéréotypés... ? Un numéro récent de la revue *Lien social* titrait : « Faut-il brûler la synthèse ? » et observait : « Son caractère souvent obligatoire amène à ne pas aborder les problèmes de fond.

Son aspect routinier lui fait perdre tout intérêt. Elle peut être mal menée, bâclée ».

Qui ne connaît effectivement ces réunions où s'énumèrent dans un ordre protocolaire les rapports d'entretien et de comportement, ces synthèses « préparées à l'avance » où les observations cliniques ont déjà fait l'objet d'une négociation au sein de l'équipe, ces synthèses dites « ratées » parce que l'on en sort sans solution, sans projet, ou au contraire ces synthèses d'où sortent des protocoles bien ficelés, souvent inapplicables, et qui vont s'entasser dans le dossier de soins ? Qui n'a jamais « séché » la réunion de synthèse sous les prétextes les plus divers ? N'entend-on pas dire parfois « qu'au lieu de faire des parlotes qui ne servent à rien, on ferait mieux d'être auprès des malades ? » Le propos semblera caricatural mais c'est bien parce que ces réunions fondent l'équipe en tant « qu'institution de soin » qu'il faut être critique.

L'appellation même de « synthèse » suppose que la fin, le résultat (la synthèse) prime sur le processus, très complexe, d'élaboration de cette démarche qui vise, à un moment, à faire le point sur un malade. Il en va de même de ces réunions de synthèse transformées en « réunion de projet individuel » comme si, là encore, ce qui comptait, c'est ce qui sort de la « marmite » (un projet) et peu importe la manière dont la cuisine s'opère.

Pourquoi la synthèse, le projet, prennent-ils le pas sur ce qui reste le fondement de l'action thérapeutique : la clinique, entendue dans le sens de « ce qu'il se passe avec le malade, de ne rien comprendre ? ». À défaut de produire de la synthèse, du projet, la réunion clinique doit produire du sens sur ce qu'il se passe entre le malade et le soignant et l'on sait que ce sens, dans la relation avec des psychotiques notamment, nous échappe en permanence, qu'il faut sans cesse le reconstruire.

C'est à cette tâche colossale de reconstruction permanente d'un sens qui se dérobe que l'institution soignante est attelée et, pour cela, l'outil que représente la réunion clinique est un fondamental « espace pour capter les effets de sens » (J. OURY).

II/ Problématique(s) d'une équipe soignante en psychiatrie.

Trois orientations de la question du sens.

1) Il y a d'abord celle de la direction, de « là où l'on va ». Souvent, avec ces malades, on « tourne en rond ». C'est peut-être pour éviter de « tourner en rond » que l'on insiste aussi lourdement sur cette notion de projet (dont le projet de sortie est l'emblème), comme si l'enfermement qu'est la folie pouvait être magiquement exorcisé. Les réunions cliniques peuvent peut-être d'abord nous

aider à accepter de « tourner en rond » avec le malade, de ne rien comprendre. Elles vont aussi nous permettre d'introduire un sens, une direction, une temporalité même si elle ne dépasse pas l'horizon du lendemain, voire de la semaine suivante.

2) Le sens, c'est aussi la signification : « qu'est-ce que ça veut dire ? ». Il faut bien reconnaître qu'on y perd son latin (quand ce n'est pas la boule !). Les savoirs se révèlent bien fragiles et précaires et, hors des explications toutes faites, des théories parfois totalitaires, le plus souvent « on n'y comprend rien ou pas grand chose ! ». Les réunions peuvent être un outil pour retisser en permanence de la signification partagée entre le malade et le soignant.

3) Enfin le sens, c'est également la sensorialité d'où émerge la sensualité, un possible plaisir. Cette dimension du plaisir est le plus souvent délabrée chez le malade et, par contre-coup, chez le soignant dont l'exercice professionnel est souvent réputé peu gratifiant. Les réunions cliniques sont un espace pour un possible plaisir de penser.

La maladie mentale confronte les soignants à quelques difficultés majeures.

Sans prétendre en faire un inventaire exhaustif, citons quelques autres points qui « travaillent » les équipes et qui justifient un dispositif institutionnel structuré de réunions cliniques.

1) La question du narcissisme professionnel.

Freud définit le narcissisme comme une dialectique dans la relation libidinale que nous entretenons avec les objets : plus nous donnons à ces objets, plus notre Moi est menacé. C'est ainsi que l'on observe les fluctuations narcissiques des équipes soignantes dans l'investissement des malades :

~ L'équipe peut se donner « corps et âme » à ces (ses) malades, dans un idéal thérapeutique qui soutient une forte identité professionnelle. Devant le peu de retour en terme d'améliorations, face à la résistance du malade au désir du soignant, face à l'échec de la relation, l'équipe peut se refermer sur elle-même, soit dans une position dépressive (voire autistique dans ses dérives sévères), soit dans une « illusion groupale » où la gratification narcissique, la reconnaissance, est recherchée chez le collègue puisqu'elle est impossible à trouver chez le malade. Ce cycle infernal oscille donc, pour l'équipe, entre l'investissement du malade comme un bon objet et le désinvestissement du malade comme un mauvais objet qui refuse de guérir... L'image que l'équipe a d'elle-même oscille entre celle de la « bonne » équipe, professionnelle, compétente, et celle de la

« mauvaise » équipe traversée souvent par la culpabilité de ne pas suffisamment donner à ces malades ou par une agressivité envers ces « mauvais malades » qui n'ont pas leur place dans le service, qui « ne sont pas pour nous ».

~ L'institution, représentée par une instance de pouvoir, a également sa part dans la manière dont l'équipe va être en mesure de s'investir narcissiquement. Dans la façon dont le pouvoir institutionnel considère l'équipe soignante, soit comme une instance partenaire, soit comme une source de gratifications narcissiques pour elle-même (l'image de marque), soit comme une source de problèmes, soit encore comme une quantité négligeable..., celle-ci trouvera ou non des appuis identitaires positifs ou, au contraire, tentera de se construire une image dans la confrontation ou le conflit.

2) Le « bombardement de réel ».

Ce mécanisme renvoie au réel du corps du psychotique qui ne s'inscrit pas dans la chaîne symbolique du langage, qui laisse voir son morcellement et n'offre aucun accrochage spéculaire susceptible d'asseoir une identité pour le soignant. Ce « bombardement de réel » peut également s'entendre comme une prolifération de ce que Bion nomme les « éléments bêta », ces sensations corporelles brutes reçues des malades, toxiques pour le psychisme et qui doivent être expulsées. Nos affects sont le plus souvent réglés sur le clivage de l'objet, mode défensif archaïque décrit par M. Klein.

Dépasser ce clivage, considérer le malade dans son intégrité, accepter et travailler avec notre ambivalence vis-à-vis de lui, demande, pour élaborer le trouble de cette position « dépressive » des espaces institutionnels spécifiques.

3) Le « vidage psychique ».

Les mécanismes de « vidage psychique » utilisés par les patients autistes nous laissent vide d'une pensée vivante, dynamique ; ils nous entraînent dans leur monde immuable et immuable. Les mécanismes d'identification projective des malades psychotiques qui projettent en nous leur monde interne nous vident littéralement de nos propres pensées.

4) La souillure.

De nombreux malades, parmi les plus régressés, présentent des troubles des fonctions d'élimination. On ne peut manquer d'assimiler - et les représentations sociales le montrent tous les jours - cette souillure réelle, triviale (la « merde ») et cette autre souillure qu'est la maladie mentale.

La souillure a une telle charge symbolique dans notre société qu'il faut s'organiser pour la maintenir à distance, soit en l'éliminant, soit en désignant une partie du corps social pour la prendre en

charge. Les soignants ne seraient-ils pas à cette place ? Ne prennent-ils pas en charge cette souillure pour protéger la pureté de la société ? Au sein même du corps soignant existe une hiérarchie entre ceux qui s'occupent des malades « nobles » (qui ne se souillent pas) et ceux qui s'occupent de ceux qu'on appelait autrefois les « gâteux », entre ceux qui y « touchent » et ceux qui n'y touchent pas. Les expressions les plus courantes, les plus triviales révèlent, plus que de longs discours, cette difficulté inhérente à cette rencontre avec le malade : « se faire bouffer », « être vidé », « dévoré », « envahi », « se sentir inexistant », « être manipulé », « être impuissant », « épuisé », « être pris aux tripes », « se prendre la tête », « laisser tomber », etc. Toutes ou presque font appel à des métaphores corporelles ; ce serait ainsi plutôt avec son corps qu'on travaille, parfois à « son corps défendant ».

III/ La réunion clinique : un conteneur « haute tension ».

Un dispositif structuré de réunions cliniques est à même d'aider à dépasser un peu ces difficultés, à défaut de pouvoir les résoudre magiquement. Ce « conteneur » doit être suffisamment solide pour recevoir, encaisser (dans le sens de mettre dans une caisse) tous les éléments qui vont y arriver pêle-mêle, voire y déferler avec plus ou moins de force.

1) Le mécanisme de démantèlement décrit par Meltzer.

On constate parfois qu'au sein de l'équipe soignante, chacun est porteur d'une parcelle de la réalité du malade (tel ou tel symptôme ou séquence). Ces parcelles étant la plupart du temps totalement disjointes, il est difficile de redonner à ces éléments épars une cohérence, un lien comme si chacun voulait garder la maîtrise sur sa petite parcelle du malade sans pouvoir en concevoir la totalité, certainement trop angoissante.

2) L'hypertrophie de la mémoire.

Ce mécanisme de défense a été décrit par Corrales. Il s'agit d'une sorte de pétrification du malade en un souvenir figé, fixé de manière immuable dans le temps, difficilement modifiable. Qui ne connaît ces vignettes cliniques qui se répètent d'une synthèse à l'autre, sans que cette évocation ne soit une ouverture vers un possible sens nouveau ? Corrales y voit la persistance d'une séquence traumatique pour l'équipe, traumatisme qui, n'étant pas suffisamment élaboré et « désintoxiqué », perdure dans une répétition stérile.

Il s'agit de ne pas critiquer, ni juger les défenses ici présentées, mais de les accepter comme un fait clinique inhérent au travail thérapeutique avec des malades mentaux. Ce sont des mécanismes de défenses qu'il va falloir, en équipe, tenter d'identifier, de comprendre, d'interpréter et, si possible, les dépasser.

Si ces éléments défensifs constituent un obstacle à l'élaboration d'une démarche de soins, bien d'autres facteurs interfèrent dans l'espace de la réunion clinique.

3) Les représentations de la maladie mentale.

E. Goffman, puis J.-H. Stiker, ont montré combien le handicapé, le malade, le fou posent problème à la société et comment celle-ci tente de se défendre de cette anomalie en l'éliminant parfois, en le considérant comme possédé et en le rejetant hors du corps social. Elle peut également le surprotéger et le survaloriser au risque de l'enfermer encore plus dans sa différence. Nos modernes tentatives d'intégrations à tout prix, nos discours sur la citoyenneté du handicapé mental ne sont-ils pas une dénégation de notre profonde peur de la folie ? Professionnels de la santé mentale, nous ne sommes pas étrangers à ce fond culturel qui alimente en nous la peur ancestrale du fou. Notre désir le plus profond est sans doute qu'il disparaisse ; notre désir professionnel, plus affiché, est que disparaisse en lui la folie. Mais peut-on dissocier le malade de sa folie ?

Les réunions cliniques ne sont-elles pas sous-tendues par une recherche effrénée de *la solution* ? Une bonne synthèse, une de celles qui « marchent », c'est souvent une synthèse dont on sort avec « quelque chose », un espoir un peu irrationnel que « cela va cesser », espoir bien sûr durement remis en question dès le soir-même ou le lendemain de la synthèse.

Des observations.

La matière première du travail en réunion clinique est constituée de ce que chacun des soignants a vu, entendu, perçu de tel ou tel malade. Penser que chaque professionnel livre dans cette instance une observation pure, objective, relève bien sûr du fantasme. Qu'en est-il de la vérité d'une observation ? Il faut considérer qu'il n'y a pas une forme d'observation mais des observations.

1. Ce que l'on a vu, entendu, peut être considéré comme une observation « objective », mais comme nous ne sommes pas tous présents au même moment et que l'on n'observe pas tous du même endroit, nous captions plusieurs facettes de la réalité. Deux

personnes qui regardent l'un l'endroit et l'autre l'envers d'un même objet peuvent soit se battre en revendiquant chacun de voir la vérité de l'objet soit reconnaître qu'en conjuguant leurs deux points de vue différents, ils ont une connaissance plus complète de cet objet.

2. L'observation « interactive » concerne la relation que chaque soignant établit avec tel ou tel malade. Il s'agit dans ce cas d'observer ce qu'il se passe dans notre relation, ce qui s'avère aussi périlleux que de pédaler sur un vélo et de descendre pour se regarder pédaler. Les observations différeront nécessairement car chaque malade ne montre pas la même chose à chaque soignant ; il fait des différences (d'âge, de sexe ou autre...). Il pourra être très « relationnel » avec un soignant et très fuyant, voire agressif, avec un autre. Pourquoi ? Certainement pas parce que l'un des soignants est meilleur que l'autre, mais parce qu'il est différent.

3. Un autre niveau d'observation prend en compte un domaine qui, bien que subjectif, apparaît comme essentiel dans le travail clinique d'une équipe : les matériaux psychiques déposés en nous par les patients. Les psychotiques qui recourent fréquemment à des mécanismes d'identification projective nous font ressentir de la crainte, de la peur, de l'angoisse, du désir, autant de matériel clinique qui, s'il se loge dans l'intimité du professionnel, n'en reste pas moins très utile à la compréhension du malade. L'inconscient de chaque soignant ne résonne pas à l'unisson des autres.

Travailler sur des observations cliniques pures, objectives, est illusoire... il n'y a que de la différence dans ce domaine. Cette différence a souvent du mal à s'exprimer dans les réunions cliniques ; elle est même parfois purement et simplement éradiquée.

La tentation de brûler l'étape de l'observation pour passer directement à l'interprétation (second temps de la démarche) est un autre obstacle au travail clinique de l'équipe. Ne dit-on pas souvent : « il a fait ça parce que... » alors qu'il faudrait d'abord décrire où, quand, comment, dans quelles circonstances et s'interroger ensuite en équipe sur le sens de son geste. L'interprétation reste un travail aléatoire sur lequel, à la différence de l'observation clinique, on peut ne pas être d'accord, s'affronter, rechercher des compromis...

Des théories.

Les théories sont indispensables pour étayer une réflexion thérapeutique qui, sans cette aide, risquerait de n'être que le

reflet de nos émotions, de nos angoisses, de nos représentations. Pouvoir localiser le plus précisément le conflit intrapsychique qui fait souffrir un patient demande de faire référence à des modèles qui, s'ils ne sont pas magiques, nous aident toutefois à « nous faire une idée de ce qu'il se passe ». Mais les théories peuvent être aussi des idéologies, des dogmes hors desquels aucune autre pensée ne peut s'aventurer. La théorie totalitaire est parfois arme de pouvoir ou de séduction. La théorie doit aider à penser, pas empêcher de penser.

D'abord faire le ménage.

Dans le caisson qu'est la réunion clinique, qui commence à être bien rempli, on peut aussi voir arriver d'autres éléments plus ou moins identifiables comme, par exemple, des conflits d'équipe, souvent anciens, sclérosés, dont l'origine s'est perdue mais qui perdurent comme de vieilles « vendetta ». Ces conflits ont souvent pour soubassement des luttes de pouvoir qui sont autant de tentatives, parfois désespérées, de lutter contre la profonde remise en question de soi que représente le travail thérapeutique auprès des malades mentaux.

« L'équation personnelle » que chacun apporte dans ces espaces de travail clinique, « les jours avec et les jours sans », notre propre équilibre qui fluctue au gré de nos vies intimes, de nos « pathos personnels », tout cela envahit les espaces que nous partageons avec l'équipe, bien que le professionnel s'en défende et revendique une coupure entre sa vie personnelle et sa vie professionnelle.

Les fameux problèmes « matériels », les canalisations bouchées, les portes cassées, les ampoules grillées, les fuites et odeurs en tous genres arrivent parfois dans ces espaces cliniques. Ça se bouche, ça casse, ça fuit, ça pue... Comment ne pas penser que ce corps institutionnel est constitué d'une multitude de tuyaux, de canalisations et que ça circule plus ou moins bien ? Cette circulation peut s'entendre comme une métaphore de la communication au sein de l'institution et l'on sait combien cela peut se boucher à certains moments et dans certains endroits.

J. OURY disait que, pour commencer à travailler, il fallait d'abord faire le ménage, au sens réel (une des commissions importantes de La Borde était celle qui s'occupait du ménage) comme au sens métaphorique, en ce sens que, pour travailler, il faut peut-être débayer un peu ce qui encombre la vie institutionnelle. On mesure là l'extrême complexité et souvent l'extrême violence des éléments issus de la pratique soignante, éléments qui arrivent pêle-mêle, de manière anarchique, dans les réunions cliniques, un peu comme dans un entonnoir. Les dysfonctionnements seraient ainsi des

tentatives de protection contre ce que FUSTIER appelle des éléments « radioactifs ». On peut comprendre que l'on n'ait pas trop envie de s'approcher ou de s'investir dans ces turbulences, que l'on se tienne à l'abri ou que l'on s'y aventure casqué et armé.

Les principales pathologies dont souffrent ces lieux de travail clinique sont la disqualification (« ça ne sert à rien »), l'évitement (« comment m'arranger pour être en congé le jour de la réunion »), la résistance passive (« j'y vais mais je ne dis rien ». On observe aussi des mécanismes de survalorisation (« tant qu'on n'a pas fait de synthèse, on ne peut pas travailler »), de réification (« on fait des réunions parce qu'il faut en faire ») ou de théâtralisation (« chacun joue son rôle »)...

IV/ Un cadre théorique pour les réunions cliniques.

Ces espaces de travail clinique institutionnels doivent être rigoureusement structurés non seulement dans leur fonctionnement mais également dans leur conceptualisation.

Autour du Moi-peau.

D. ANZIEU en développant le concept de « Moi-peau » propose trois configurations : le sac qui est fait pour conserver à l'intérieur « du bon et du plein », l'écran qui protège des trop fortes stimulations externes et le tamis qui filtre ces sensations en ne laissant passer que celles qui sont recevables.

La réunion clinique serait ainsi un espace où le « Moi » de l'équipe s'élabore et trouve matière à satisfaction, notamment dans sa capacité et dans son plaisir à penser. La fonction écran vient témoigner de l'unité de ces espaces institutionnels comme protection du psychisme de l'équipe. C'est sans doute ce qui peut agir lorsque, devant une difficulté avec un patient, on peut se dire « j'en parlerai à la prochaine réunion », ce qui permet de se dégager de ce problème. Lorsque cette possibilité n'est pas offerte, ou trop lointaine, ces problèmes peuvent nous envahir, nous empêchant littéralement de penser. Enfin, la fonction tamis montre que dans le travail clinique, si les défenses sont nécessaires et vitales pour se protéger des effets trop violents des pathologies mentales, il est important, pour un minimum thérapeutique, de pouvoir les assouplir pour laisser filtrer en nous ce qui émane du malade, notamment sa souffrance que nous ne voulons pas toujours voir ou entendre.

D. ANZIEU a, par la suite, étendu sa conceptualisation du « Moi-peau », lui définissant neuf fonctions qui, rapprochées du fonctionnement des réunions cliniques, sont riches d'enseignement.

1. La fonction de *maintenance* du psychisme, proche du concept de holding développé par WINNICOTT, permet d'insister sur la régularité des réunions cliniques. Lorsqu'une équipe sait qu'elle pourra parler de la prise en charge d'un patient difficile à la réunion clinique, elle trouve parfois en elle-même, avant la réunion, les ressources pour réduire l'acuité du problème. Ce n'est certainement pas magique et l'hypothèse est que ce qui fonctionne là c'est le message implicite adressé à l'équipe : « On ne vous laissera pas tomber », assurance d'un soutien qui, à la manière d'une colonne vertébrale, dit ANZIEU, permet à l'équipe de se soutenir toute seule.

2. Le tamis renvoie évidemment à la fonction *pare-excitation* et à la fonction *contenante*.

3. La notion d'*individuation* met en évidence l'importance de la peau dans l'élaboration de l'identité (« On tient à sa peau »). Face à « l'inquiétante étrangeté » que nous renvoient les malades, face à des mécanismes fusionnels, adhésifs ou autistiques, les équipes soignantes sont le plus souvent en difficulté pour élaborer et soutenir une identité qui se dérobe sans cesse. « Qui suis-je pour cet autre qui ne me confirme pas que j'existe pour lui ? ». La réunion clinique peut avoir cette fonction d'individuation en instituant, pour pallier ce flou et cette mauvaise délimitation soignant/soigné, un espace uniquement réservé à l'équipe (d'où les patients sont exclus physiquement), espace dans lequel, si elle est suffisamment soutenue et reconnue par le pouvoir institutionnel, elle est à même de reconstituer régulièrement une identité malmenée.

4-5. D'autres fonctions du « Moi-peau » illustrent combien l'équipe soignante a besoin d'un contenant et en quoi elle peut le trouver dans une « *peau de réunion* » *suffisamment solide et protectrice* (fonction de pare-excitation) et *suffisamment perméable* à la souffrance des patients.

6-7. Les fonctions de *recharge libidinale* et de *soutien de l'excitation sexuelle* montrent l'importance de la pulsion épistémophilique comme lien possible (et sublimé) entre les membres des équipes ; prendre du plaisir ensemble à penser, à chercher, à connaître...

8. La réunion clinique opère une *liaison* entre les perceptions éparses et isolées que les soignants ont des malades (« démantèlement » de Meltzer). Il est souvent possible de relier tel événement à tel autre, telle observation à telle autre et, par cette simple opération de lien, de faire émerger un sens. Il s'agit bien alors d'une inscription des traces.

9. Enfin, la neuvième fonction d'*auto-destruction*, décrite par D. ANZIEU, serait une fonction négative du Moi, une fonction toxique que l'on observe lorsque la réunion clinique devient une contrainte

étouffante. Un travail clinique rigoureux, rationnel, théorique... et dont on mesure les limites et la durée, vient certainement parfois contraindre un système de pensée magique qui proclamerait que ce n'est pas la peine de tant réfléchir pour si peu, que la solution existe, qu'elle est certainement quelque part, que quelqu'un la détient (et ne veut pas la donner). À quoi bon alors aller en réunion ?

Pour conclure avec cette tentative d'articulation du concept de Moi-peau et des réunions cliniques, je reprendrais cette notion d'interface proposée par ANZIEU, interface qui tout à la fois sépare et relie : sépare, car la trop grande proximité avec les pathologies mentales est « toxique » ; relie, car c'est ce lien qui fonde la démarche thérapeutique.

La fonction « alpha », modèle théorique de W. BION.

Le « bombardement de réel », précédemment décrit, peut être assimilé à ce que Bion appelle des éléments bêta, des éléments pulsionnels purs qui n'ont d'autres possibilités que d'être expulsés car toxiques pour le psychisme immature du nourrisson. La mère les reçoit, les contient grâce à sa faculté de rêverie, les désintoxique et les rend à l'enfant sous une forme recevable : sa fonction « alpha ».

Ainsi la réunion clinique devrait être à même de recevoir et de contenir les éléments bêta que l'équipe y dépose, éléments qui sont la plupart du temps brut(e)s, chaotiques, insensés. L'enjeu de la réunion clinique est alors l'élaboration par l'équipe d'un sens à ces éléments bruts, la mise en œuvre d'une fonction alpha institutionnelle. C'est la théorie qui va nous permettre de transformer de l'insensé en une chose plus cohérente, qui prend du sens. La théorie, écrit J. HOCHMANN, est un transformateur d'éléments bêta en éléments alpha.

La théorie, instrument de pouvoir ou bien plaquage défensif et rassurant sur une réalité inconnue et angoissante, peut plus modestement relever du bricolage, notion trop souvent dévalorisée. Avec des éléments théoriques divers, issus de champs variés (médecine physique, psychiatrie, psychanalyse, psychologie, sociologie...), on tente de formuler une explication, une hypothèse qui restera souvent précaire mais qui sera toujours préférable au chaos, à l'insensé. La théorie ne nous aide qu'à formuler une hypothèse que l'observation clinique doit confirmer ou infirmer.

Ce modèle de BION est, à mon avis, celui qui rend le mieux compte de ce qui peut se passer dans une réunion clinique à la condition toutefois que les éléments bêta puissent s'exprimer, que l'on puisse faire état, sans trop de censure extérieure (venant du pouvoir

institutionnel) ou intérieure (nos propres réticences à faire état de nos mauvaises sensations vécues auprès des malades).

Un espace transitionnel, modèle théorique de D. W. WINNICOTT.

Il est possible d'utiliser d'autres éclairages théoriques destinés à nous aider à mieux comprendre ce qui est à l'œuvre dans ces espaces de réflexion clinique. WINNICOTT, par exemple, définit l'espace transitionnel comme un espace intermédiaire entre la réalité interne du sujet et la réalité externe, entre subjectivité et objectivité. Parler des patients en réunion clinique c'est dans une certaine mesure les faire exister d'une manière différente, non pas toujours comme ils le sont, mais un peu comme on voudrait qu'ils soient. Les risques de dérive vers une position de toute-puissance (éradiquer en eux la folie) sont réels mais il est indispensable et même vital pour le psychisme de l'équipe qu'une possible illusion existe dans le rapport qu'elle établit avec les malades.

L'illusion dont parle Winnicott, fondement de l'espace transitionnel, est celle qui autorise à créer la réalité (tout comme l'enfant s'illusionne que c'est lui qui crée le sein que sa mère lui présente juste au bon moment). Le destin de cette illusion est de se confronter peu à peu à la réalité externe, à la frustration, de ne jamais disparaître totalement et d'alimenter en nous une dynamique créative. C'est sur cette illusion (qu'on appelle « illusion thérapeutique ») que l'équipe peut faire des projets, penser qu'elle peut faire quelque chose pour le malade, l'aider à aller mieux. Mais cette illusion ne peut trouver à s'exprimer que parce qu'une distance a été mise avec la réalité des malades, ce que la réunion clinique opère, tout en les faisant exister dans cet espace (notamment au travers des observations cliniques).

Mais on sait également que le destin de cette illusion est de rencontrer la désillusion, la frustration. C'est bien ce que rencontre l'équipe soignante quand ses projets ne réussissent pas, quand la réalité pathologique du patient s'impose brutalement. C'est parfois le découragement, le « burn out » et si une nouvelle instance de travail clinique ne vient pas tenter de restaurer, pour un temps, une possible illusion, on mesure les effets dévastateurs sur la dynamique thérapeutique des équipes. Ce couple illusion/désillusion doit être maintenu dans une dialectique suffisamment souple, non clivée dans le tout ou rien.

V/ Éléments pratiques.

Il me semble que les réunions cliniques en institution doivent s'inscrire dans un cadre institutionnel rigoureux : jours, horaires, locaux, etc.

En second lieu, je pense, dans le fil de la question transitionnelle que je viens d'évoquer, qu'il est important que ce soit l'équipe qui choisisse elle-même les résidents dont elle veut parler, qu'elle travaille sur ceux qui la travaillent le plus. C'est pourquoi la programmation à l'avance des synthèses me semble appauvrir le dispositif de réunions cliniques, l'enfermer dans un carcan rigide. Il sera peut-être nécessaire de parler et de reparler plus ou moins longtemps d'un même patient difficile et pour lequel le temps de maturation d'une démarche thérapeutique sera long, hésitant, expérimental. Cette pratique risque évidemment de laisser sur le côté « ceux dont on ne parle jamais ». Il convient de s'interroger : soit il n'est pas besoin d'en parler parce qu'ils ne travaillent pas l'équipe, soit ce silence a quelque chose de défensif qu'il faut mettre en lumière.

L'animation de tels espaces de parole clinique est un point très important. Qui doit s'en charger ? Le médecin, le psychologue, le cadre ? Cette fonction d'animation doit être définie au sein du staff de direction. L'animateur doit être à même de laisser s'exprimer toute la complexité des éléments qui interfèrent dans le travail clinique d'une équipe, de les contenir dans cet espace et d'aider à leur métabolisation, leur transformation. On mesure ici l'importance du rôle du « psy » qui peut être mis (ou se mettre lui-même) en position de savoir tout-puissant et bloquer l'élaboration de cette complexité sans cesse mouvante. Cette délégation à celui qui est sensé savoir (outre le fait qu'elle flatte l'ego de l'intéressé) amène l'équipe à se réfugier dans une position (peut-être plus confortable à première vue) de moindre implication, de moindre travail de pensée.

C'est bien ce travail de penser que l'équipe doit faire, et c'est un travail difficile, long, parfois peu gratifiant... mais c'est, à mon avis, la seule voie possible pour que l'équipe s'institue en « institution de soins ».

Conclusion.

Cette « institution de soins » qu'est l'équipe, au travers de cette instance de travail clinique dont je viens de montrer quelques aspects, ne peut fonctionner que si l'organisation institutionnelle (sa direction médicale et administrative) met en place un cadre qui en garantit *l'effectivité* et *l'efficience*.

Il est vrai que dans certaines institutions il n'existe pas de réunions. Je considère que dans ces institutions où n'existent pas de réunion, il y a « non-assistance à professionnel en danger ».

Parfois, ces réunions tournent à vide, il ne s'y passe plus rien, les décisions se prennent ailleurs ou ne se prennent pas du tout. Si ces réunions existent, qu'elles sont un minimum structurées, cadrées et animées, on peut prétendre alors à réaliser ce que D. HOUZEL appelle «une alliance thérapeutique» entre les différents membres de l'équipe, seule garantie d'une démarche thérapeutique envers le patient. Mais cette alliance, compte tenu de la complexité des relations au sein d'une équipe et compte tenu de la complexité des pathologies, reste toujours fragile, précaire, et nécessite un *soutien permanent*.♦