

## LES CHOIX INSTITUTIONNELS INDICES DE QUALITÉ DES SOINS

Sylvie BROSSARD (Cadre de Santé en psychiatrie, Bordeaux)  
Jean-Yves CASAUX (Psychosociologue, psychopédagogue, Bordeaux)

Le premier point abordé concerne l'évaluation proprement dite et ce, pour éclairer l'intitulé de cette intervention « les choix institutionnels, indices de qualité ».

Et aussitôt dire que « indices » ne veut pas dire « preuves », pour laisser toute place à la fois à la présomption logique, rationnelle et aussi à la validation, à la vérification de cette présomption, c'est-à-dire au démenti possible, total ou partiel, de la présomption. On est là dans la rigueur d'une démarche intellectuelle.

Et dire aussi que « qualité » a sens ici de la chose-en-soi, la qualité en soi, donc autorise, le cas échéant, le jugement possible de non qualité : « les choix institutionnels, indices de non qualité ».

D'où la nécessité d'aborder, un court instant, la question de l'évaluation et, précisément, la différence entre l'évaluation-résultat et l'évaluation-processus.

### I/ LES SOINS EN PSYCHIATRIE ET LES TYPES D'ÉVALUATION.

#### A1- Évaluation-résultat et soins psychiatriques.

Dans le cas des soins en psychiatrie, il est très difficile de pouvoir prouver que les effets positifs des soins sont attribuables à tel ou tel élément précis d'une prise en charge, si cet élément est considéré en tant que tel, hors d'un contexte, c'est-à-dire d'un point de vue extérieur. Il est même difficile -ou trop facile, autrement dit imprudent- de parler d'une amélioration certaine et définitive lorsqu'on se situe à court terme de la fin des soins. Ces remarques pour indiquer que :

1°) L'évaluation des soins en psychiatrie en tant qu'évaluation-résultat est sans doute possible, mais particulièrement longue et complexe, comme le signale Paul GERIN, donc non immédiate, coûteuse et relativement déterminée. À partir de là, il apparaît qu'en psychiatrie on ne peut pas faire nécessairement dépendre (une évaluation de) la qualité des soins d'une évaluation-résultat.

2°) Dans le cas d'une évaluation de la qualité d'un soin, laquelle consiste d'abord à définir un soin dont on va ensuite, grâce à une grille d'évaluation élaborée spécifiquement, observer la réalisation, on constate trois choses :

cette pratique de l'évaluation de la qualité d'un soin exige une somme de travail très importante ;  
les résultats de cette pratique d'évaluation, si elle est bien menée, sont fiables ;

cette évaluation d'une qualité de soin est limitée, car elle porte sur une pratique de soin qui, en tant que telle, est un moment isolé, un moment abstrait d'un processus qui lui donne sens. Les aspects qualitatifs du processus échappent.

Pour autant que ces évaluations intéressent absolument le gestionnaire, ce caractère absolu ne peut pas être entièrement partagé par le clinicien pourtant non indifférent, parce que l'objet produit en psychiatrie n'est pas un objet tout à fait isolable, totalement déterminé et immédiat ; il est une dynamique relationnelle, pour dire les choses rapidement.

#### B1- Évaluation-processus et soins psychiatriques.

Ceci posé, il paraît sans doute plus heuristique et plus dynamique de s'intéresser, non pas directement à la qualité du soin réalisé mais, à cela même qui produit le soin, c'est-à-dire à la qualité du processus dans lequel s'inscrit le soin et détermine la qualité de celui-ci.

Nous proposons alors que la qualité du processus de soin soit repérée, caractérisée, par la capacité des soignants à penser l'institution de soin. La qualité de cette identité soignante se déploie ainsi au travers des trois dimensions de la pratique des soins :

sa capacité à penser la personne ; autrement dit, la qualité du travail de constitution, de transformation de la personne malade en patient. Et l'on verra les rapports d'identification qu'entretiennent le soignant, le soigné et la connaissance dans la relation de soin.

sa capacité à penser les soins, c'est-à-dire les situations de soins, puisqu'il est établi qu'il n'y a pas de réel du soin sans une situation de soin.

sa capacité à construire une organisation symbolisante. Autrement dit, une organisation qui comporte en elle-même les contraintes propres au système de symbolisation qui l'engage et qu'elle engage auprès des patients. L'organisation n'est pas autre chose, en effet, que les formes dans lesquelles sont matérialisées (c'est-à-dire, agies symboliquement) les orientations de pensée du projet de soins individuel, de service, etc.

## II/ LE TRAVAIL D'ÉCRITURE DANS LES SOINS COMME PROCES D'ÉVALUATION.

Le point abordé ici, telle une esquisse qui sera reprise ultérieurement, est la fonction de l'écriture en général comme dans les soins. Il pourrait s'appeler « L'écriture, le sujet et les soins ».

#### A2- L'écriture, condition d'une pensée.

Pour commencer, extraites de la fin du texte, quelques lignes d'un article de Micheline ENRIQUEZ, intitulé *L'indicable et l'écriture* :

« [...] il n'est pas absurde de [...] penser, que l'écriture s'impose pour les analystes [...], comme une activité absolument indispensable à leur " équilibre ", leur avancée théorique et au maintien de l'investissement de la fonction analytique [...]. Toute notre histoire, celle de notre pensée, de notre savoir est tributaire de l'existence de l'écriture ».

L'écriture et les soins psychiatriques ont partie liée, si l'on considère l'idée que l'écriture, par sa matérialité même, est un analogon de l'existence du corps. Cette idée se subdivise en deux éléments corollaires :

a) *l'écriture étant objet-chose* par la trace écrite et objet de pensée par le contenu, on peut dire des mots qu'ils sont la corporéité de la pensée. Ils sont la trace figurative d'une motricité corporelle de pensée ; en ce sens, l'écrit est un témoin-repère d'une unité de soi.

b) *l'écriture est un lieu métaphorique* de l'existence du corps. D'où la modalité d'existence particulière d'un projet de soin écrit, qui s'exprime lorsque les soignants disent « ça implique davantage, quand on écrit, ça engage ».

Ainsi, la qualité des soins dépend-elle de la substance de l'écriture.

## B2- L'écriture, le sujet et les soins.

Les deux corollaires précédents plongés dans le contexte des situations de soins impliquent l'écriture comme tiers et ce, dans trois registres :

1°) *L'écriture est présence à soi et présence de soi.* En effet, l'écrit est une objectivité de notre pensée : dans l'écrit, je prends connaissance de ce que je sais. Et l'écriture est une objectivation de soi, dont on comprend qu'elle suppose le renoncement, toujours temporaire, à la toute puissance illusoire de l'immédiateté ; par l'écriture, je réalise l'intégration d'une relation au moi. En cette dimension symbolique, l'écriture est une activité du soignant ayant une analogie de fond avec les activités thérapeutiques du patient.

2°) *L'écriture est constitutive du patient.* Des soignants, chacun, qui écrit pour construire en compréhension l'histoire de vie d'un patient, travaille à représenter et à se représenter l'histoire des relations singulières de ce patient, histoire d'un passé qui n'est sans doute pas un passé pour le patient. Faire une histoire : construire l'absence. L'écriture prend en charge cette absence et la restitue en re(présent)ation, en une présence représentée, transposition du registre du réel dans la symbolisation. Ce travail de symbolisation a véritablement rôle d'étayage de l'activité symbolisante du patient. La qualité des soins en dépend.

Cette écriture fait tiers, où chacun des protagonistes, patient comme soignant, est confronté à un autre soi-même pour les soignants, cet autre soi lecteur et, pour les patients, cet autre objet de représentation dont on parle sous la forme du « il », sujet de l'écriture, qui l'inscrit dans la généralité humaine et le temps de l'histoire.

Ce qui amène au troisième registre, dont le développement se prolonge jusqu'au sens de la Démarche De Soins :

3°) *L'écriture et l'équipe, une relation à quatre.*

Actuellement, il semblerait que l'organisation des soins soit plus importante que l'objet soin, c'est-à-dire les soins eux-mêmes et la personne qui reçoit les soins. Il suffit de regarder toutes les grilles d'évaluation, les référentiels de toutes sortes pour se rendre compte que la question du Sujet n'est pas présente. Que l'on soit malade ou soignant, ni l'un ni l'autre n'est inscrit, le plus souvent, dans un schéma relationnel, dans une relation à l'autre, dans un rapport au monde, aux choses et à soi-même. Ces grilles qui se veulent être le reflet de la réalité, font l'économie de la dimension du Sujet, elles ont pour but d'uniformiser des pratiques afin de mieux les comptabiliser.

Il est donc de notre responsabilité de soignant d'inscrire le malade dans cette dimension de sujet et d'évaluer, dans ce cadre, la qualité des soins, ce qui reviendrait à mettre la Personne malade au centre de nos préoccupations. Paul FUSTIER, dans *Pratiques soignantes dans les institutions*, faisant référence à J. HOCHMANN, insiste sur le fait que :

« *Le réel en soi ne soigne pas : baptiser thérapeutique un appartement ou un repas ne suffit pas à en faire un soin, louer un appartement en H.L.M. pour être inséré dans le tissu urbain n'est pas en soi soignant ; s'en contenter relève d'un fétichisme institutionnel* ». Il poursuit : « *Les activités ne soignent pas en elles-mêmes, mais en ce qu'elles produisent d'effets psychiques à élaborer* ».

Ainsi qu'il le rappelle, un biberon donné ne sert pas à nourrir dans le réel, ni une douche à laver ; ils servent d'appuis, de révélateurs, rendant possible un travail d'élaboration psychologique. Paul FUSTIER poursuit son article sur l'institution soignante en relevant que c'est la compétence et la compréhension des phénomènes relationnels qui priment pour donner une dimension soignante dans la relation soignant-soigné.

Il en résulte donc une obligation de supervision et **la nécessité d'une écriture, in fine, en référence constante à une théorie**. Précisons que si les références théoriques sont nécessaires dans la pratique des soins, il est tout autant intéressant de questionner la théorie qui est mise en œuvre dans nos pratiques de soins car, explicites ou non, c'est bien les références théoriques et une certaine conceptualisation de l'homme qui sont agies **dans nos pratiques**.

#### **a) Et tout d'abord dans l'élaboration du recueil de données.**

Dans cette étape de la démarche de soins, l'intérêt est de saisir l'individu malade dans les activités qui font qu'il est vivant ; cela revient à situer le sujet dans le rapport qu'il a aux différents éléments qui constituent le vivant de tout être humain. La personne malade ne nous est pas totalement étrangère ; nous savons d'une manière plus ou moins consciente quelque chose des drames que le malade exprime dans les relations de soins. Notre propre histoire, notre rapport à notre histoire, sont présents dans les relations de transfert et de contre-transfert qui donnent lieu aux manifestations de compréhension, de défenses, de résistance ou d'empathie. Ces manifestations sont autant d'objets à travailler pour se distancier.

Nous orientons notre observation en fonction de l'appropriation des connaissances théoriques concernant le fonctionnement humain ; des connaissances issues des différentes expériences rencontrées, expériences cliniques et personnelles.

Nos observations ne sont jamais neutres, sans préjugés. S. FREUD écrivait dans *Pulsions et destin des pulsions* que sans ces pré-notions, il est bien impossible de ne rien constater ou observer. Puisque cette subjectivité s'impose à nous, il ne s'agit pas de la nier, de faire comme si on pouvait y échapper par on ne sait quel stratagème, mais bien de la repérer pour la prendre en compte, la rendre existante à nos yeux et d'en faire un élément d'observation à travailler.

Un indice que qualité des soins peut déjà se repérer dans la conceptualisation de l'homme qui sous-tend le recueil de données. Les éléments de la réalité qui sont collectés par le soignant sont produits par le soignant : en effet, il n'y a de réponse qu'à la question qui est posée.

#### **b) La construction de l'analyse des données participe également à la qualité des soins.**

C'est dans l'analyse que les données recueillies vont être reliées entre elles pour acquérir une signification d'ensemble. *Tant que les éléments restent isolés, on ne peut que les décrire, on ne peut pas les comprendre*. C'est dans et par l'analyse que la construction du cas se réalise, c'est-à-dire la construction de la problématique psychopathologique qui va être l'objet de soin.

Cette construction du cas opère le passage d'un objet-là, physique, palpable, immédiatement perçu, à un objet autre, mentalisé. L'analyse a pour but de dire quelque chose sur ce dont souffre le malade. En psychiatrie, il s'agit de comprendre le sens des symptômes. Les symptômes sont en quelque sorte extérieurs au malade à la mesure même où il les adresse en direction de l'environnement extérieur. Dans le champ psychique, le symptôme est à considérer comme un aménagement défensif, un message significatif, un compromis permettant au sujet de garder une relation au monde. Il s'agit alors, non pas tant de désigner une pathologie que de comprendre les sources de cette pathologie : comprendre vis-à-vis de quoi le malade élabore une défense, c'est-à-dire la fonction de l'aménagement défensif ; comprendre de quoi est significatif le message dit significatif : comprendre les enjeux conflictuels (inconscients) qui sont à la racine du compromis qui demeure problématique (symptôme).

Il ne s'agit donc pas de partir d'un diagnostic mais d'y arriver. Un des problèmes que l'on rencontre lorsque l'on pose un diagnostic en listant des symptômes sans en chercher le sens, c'est de réduire la personne malade à un énoncé nosologique. Dans ce cas, Maud MANNONI nous dit : « classé dans une nosographie il (le malade) quitte la position de sujet à qui l'on parle, pour devenir l'objet dont on dispose ».

L'analyse engage le soignant, d'autant plus qu'elle doit être écrite. L'écriture engage la pensée du soignant, l'écrit est une objectivité de notre pensée ; dans l'écrit, je prends connaissance de ce que je sais, alors que dans la discussion, l'autre est complément ou supplément, la pensée de l'autre aide ma pensée à cheminer, mais celle-ci n'est pas encore tout à fait mienne.

Celui qui écrit pour comprendre l'histoire de vie d'un patient travaille à représenter et à se représenter, c'est-à-dire à rendre présent à lui-même et se rendre présent dans une représentation actuelle qui donne sens : l'histoire des relations singulières de ce patient.

Le travail d'écriture en tant que pratique de symbolisation, a toute valeur d'activité de soins. L'écriture introduit une dimension de tiers entre le patient et le soignant et entre le soignant et l'équipe.

### c) L'écriture du projet de soins.

Tout d'abord, le projet de soins découle directement de l'analyse. Il est la manifestation concrète, la matérialisation, de cette rencontre soignant-soigné mentalisée dans un objectif thérapeutique. Le projet de soins écrit fait échapper le soin et la relation de soin à l'imposture de l'ineffable. Imposture double : parce que, d'une part, sans écrit, il n'y a pas d'objet extérieur auquel se référer, sinon le groupe des soignants lui-même lorsqu'il se réunit, ce qui rend la pratique des soins irréalisable et étroitement dépendante des relations d'influence inter groupales dans « l'équipe » ; d'autre part, parce que, en l'absence de repère commun à chacun des soignants, grand ouverte est la porte à la mise en œuvre dans la relation de soins de défenses inappropriées et d'une emprise possible.

Le projet de soins écrit devient pour le patient l'objet garant que son existence est reconnue, il peut représenter le lieu où quelque chose de lui existe, est parlé, au milieu de cet univers institutionnel de soins qui lui est étranger.

Les actions de soins élaborées dans le projet de soins doivent être écrites et décrites avec précision pour répondre au double souci : celui d'une part, de la correspondance entre les actions et l'analyse, de sorte qu'on puisse lire dans les modalités particulières des actions les enjeux singuliers dégagés dans l'analyse et, celui d'autre part, de la transmission, de sorte que la continuité des soins soit assurée. Chaque soignant disposera ainsi d'éléments suffisants pour comprendre comment se situer dans le processus de soins.

On peut remarquer que les éléments qui viennent d'être esquissés indiquent que la qualité des soins peut être étudiée non pas seulement après coup, mais déjà en amont du processus de réalisation des soins.

### III/ CHOIX INSTITUTIONNELS ET DISPOSITIF SOIGNANT.

Un autre élément qui intervient dans la qualité des soins est le **dispositif soignant** dans la mesure où il doit rendre possible la qualité des soins, en prenant en compte les trois domaines qui le caractérisent : le domaine conceptuel, le domaine de la pratique des soins, le domaine de la pratique d'équipe.

#### Dans le domaine conceptuel.

Quelle place est faite à la formation en tant qu'appropriation des connaissances ; c'est-à-dire qu'est-ce qui est mis en place pour que les soignants développent des activités de recherche, de théorisation des pratiques ? Comment sont déterminées les orientations du projet de formation continue dans l'unité ?

Dans les lieux de formation, c'est aux formateurs et aux équipes pédagogiques de faire leur ce souci formatif, qu'il s'agisse des I.F.S.I. ou des I.F.C.S. et des Centres de Formation continue.

Pour ce qui est des lieux de soins, certaines pratiques ont cette valeur formative lorsque les équipes développent des activités d'écriture et de recherche, par exemple, ou encore instituent des réunions théorico-cliniques. De même, on peut comprendre que le Cadre de Santé doit avoir une certaine connaissance de ces enjeux pour déterminer les orientations du projet de formation continue de l'unité fonctionnelle.

#### Dans le domaine de la pratique des soins.

Il n'est pas de pratique réelle des soins sans le nouage d'une relation soignant-soigné. Cette relation de soin, pour n'être pas magique ni ordinaire, implique la rencontre du soigné au travers d'un engagement du soignant dans l'élaboration du cas et il rend nécessaire que la construction du projet de soins soit réalisée par les acteurs des soins dans le cadre d'une attribution individuelle des patients qui responsabilise les soignants. « *Car, ce qui est la responsabilité de tous n'est en réalité la responsabilité de personne et l'expérience a démontré que, quand les projets de soins sont la responsabilité de tous les soignants, ou ils ne voient pas le jour, ou ils sont bien vite abandonnés.* » (Lise LAMONTAGNE).

Les projets de soins individualisés s'inscrivent aussi dans les orientations générales des soins de l'unité fonctionnelle, ce qu'on appelle « Projet d'U.F. » Ces orientations directrices qui font repères vis-à-vis des projets singuliers doivent être l'objet d'une appropriation par chaque "Je" individuel des soignants qui en sont porteurs à la mesure où ils construisent l'histoire.

#### Dans le domaine de la pratique d'équipe.

Il n'y a de rapport réel au travail des soins que si le soignant élabore aussi un rapport aux objets qui conditionnent les soins. D'où une pratique d'équipe, laquelle implique l'engagement du soignant dans tout ce qui concerne l'organisation du travail et du service, tant au niveau de la réalisation que de la décision. C'est la participation de chacun à l'organisation de l'ensemble qui constitue la dimension de l'équipe.

Ainsi, chaque "Je" individuel retrouve la même position d'implications dans les soins chez les autres. C'est le réfléchissement, la correspondance de ces "Je" en leur implication, qui rend possible les relations de travail en qualité et permet la constitution d'une identité d'équipe, la faisant échapper à l'anonyme « On ».

Par exemple, comment l'organisation aide-t-elle les "Je" à s'y retrouver dans les relations de soins avec le patient : c'est-à-dire, concernant la connaissance du cas, la pratique des soins et le suivi des soins, les relations de travail, etc. ?

Ici, le rôle du Cadre de Santé a toute son importance en tant que personne préoccupée du fait que les infirmiers aient à leur disposition les différents moyens nécessaires à l'exercice des soins : planification des temps nécessaires à l'écriture des projets de soins, aux transmissions, aux comptes-rendus d'ateliers, d'entretiens, de visite à domicile, etc., ainsi que des lieux nécessaires et adéquats. Préoccupée encore du fait que chacun, chaque "Je", puisse se situer dans un ensemble, à tous les moments, en sachant dans quoi et où sont engagés ses collègues lorsque soi-même est occupé à telle ou telle tâche : des matérialisations diverses et judicieuses s'avèrent être des médias nécessaires à la qualité de fonctionnement de l'équipe. Cette « capacité d'être seul » (D.W. WINNICOTT) des "Je" individuels ne peut exister que si le fonctionnement de l'équipe ne contribue pas à l'isolement des soignants.

#### CONCLUSION.

De toutes façons, les choix institutionnels se repèrent dans le dispositif soignant dans la mesure où le dispositif soignant matérialise une politique de soins. Que ce choix soit explicite ou non, il est mis en œuvre et il a des effets sur la qualité des soins. Ces choix institutionnels ne sont pas totalement extérieurs aux soignants. Et, en tant que soignants, nous avons la responsabilité de

rendre compte de nos pratiques de soins et de les évaluer. Et nous avons la responsabilité aussi de ne pas le faire n'importe comment, c'est-à-dire au nom de n'importe quoi !

#### BIBLIOGRAPHIE.

CASAUX J.-Y. et Coll., « Il n'y a pas de soin psychiatrique sans situation de soin », Revue Soins psychiatrie, n°136, février 1992.

ENRIQUEZ M., « L'indicible et l'écriture », Revue Topique, n°21.

FUSTIER P., « Pratiques soignantes dans les institutions », La Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, n°13, Éres, 1989.

GENTIS R., « Écrire un pack », Revue Empan, n°11, juin 1993.

GÉRIN P., *L'évaluation des psychothérapies*, P.U.F., 1984.

HOCHMANN J., « L'institution mentale, du rôle de la théorie dans les soins psychiatriques désinstitutionnalisés », Revue Information psychiatrique, vol. 58, n° 8, octobre 1982.

LAMONTAGNE L., « Le dossier de soins », Revue des Professions de Santé, n° 49, juillet-août 1986.

ROUSSILLON R., « Des fondements de la théorie du cadre et la spécificité du travail de symbolisation groupal à la latence », in *Groupes d'enfants et cadre psychanalytique*, P. PRIVAT et F. SACCO, éd. Éres.

WINNICOTT D. W., *De la Pédiatrie à la psychanalyse*, PBP, 1969 ; chapitre 16