

RÉFLEXIONS PÉDAGOGIQUES SUR UNE PRATIQUE DE FORMATION À LA DÉMARCHE DE SOIN

Texte rédigé à partir d'une conférence réalisée par Jean-Yves CASAUX lors des 5° Assise Nationales des Infirmiers travaillant en Psychiatrie et Santé Mentale, le 06 décembre 1997, à Limoges.

Qu'est-ce qui est adressé au patient par les soignants, au travers de leurs actes, de leurs attitudes, de leurs paroles, dans les relations de soin aussi bien que dans les relations de travail ? Qu'est-ce qui chez le soignant s'adresse ainsi au patient ? Pas autre chose que son rapport conscient et inconscient au monde, aux êtres et aux choses, à la vie et à la mort. Et cette adresse au patient, quel qu'en soit le degré de conscience, fait référence thérapeutique, a une valeur de modélisation.

D'où la nécessité pour le soignant lui-même d'exprimer ses comportements, de les mettre en mots, pour les surprendre, c'est-à-dire les objectiver d'abord, les analyser ensuite et ainsi élaborer la dimension de sa pensée, de ses actes, et les éventuelles contradictions dans le rapport entre la pensée et les actes. Écouter le patient suppose donc chez le soignant une pratique de l'écoute de soi.

Dans la Charte de Formation il est question :

- page 2, de travailler le sens des choses et la démarche idoine n'étant pas seulement de décrire, mais surtout d'expliquer.
- page 3, « l'enseignement de la psychopathologie ne peut être séparé de celui du développement normal de l'individu, au risque sinon de chosifier le symptôme et la personne. Une telle segmentation des pratiques et de l'enseignement participerait ainsi à l'évacuation de la dimension du sujet ».
- Page 4, « il est requis que l'action de formation, pour ne pas se réduire à n'être qu'une formation-information, ait pour support les situations de vie et la pratique professionnelle quotidiennes et pour objet d'en construire une compréhension ».

La relation de deux expériences, de deux moments extraits d'une même pratique de formation à la Démarche de Soins se voudrait rendre compte des propositions précédentes.

La première expérience se rapporte au moment où était abordée la 4° étape de la démarche de soins (2° étape du projet thérapeutique

individualisé), c'est-à-dire la détermination des actions et leur planification.

Les stagiaires en formation, considérant les trois étapes du projet thérapeutique, parlent des objectifs, des moyens et de l'évaluation. J'éprouve une gêne à l'utilisation du mot « moyen » à la place du mot « action », mais je passe sur ce sentiment sans l'oublier tout à fait, en me disant que corriger aussitôt ce point pourrait être : soit la manifestation de ma part d'un esprit, non pas rigoureux mais, rigoriste et scolaire, soit vécu comme tel par les stagiaires ; ce qui, dans l'un et l'autre cas, ne faisait pas une bonne affaire... pédagogique. Aussi laissai-je courir le mot, tout en gardant en pensée cette absence de justesse, si d'aventure la suite du travail donnait l'occasion d'en éclairer l'importance : défaut du terme ou manque dans la pensée ? L'enjeu pédagogique n'étant pas le même.

La suite des événements donna raison à la deuxième hypothèse, celle d'un manque dans la pensée, peut-être lui-même effet d'un refoulement, telle une défense par rapport à une pensée qui serait pénible. Deux éléments orientaient donc vers cette hypothèse : d'une part, la fréquente confusion entre les actions (appelées « moyens ») et les objectifs ; d'autre part, la tendance générale à l'imprécision des actions. Cette confusion et cette imprécision paraissant avoir un point commun, de contribuer toutes deux à ce que j'appellerai une déréalisation des soins.

Qu'est-ce qui pouvait produire cette déréalisation ? Je pensai que son existence ne pouvait s'expliquer que par l'existence d'une autre déréalisation, celle des soignants eux-mêmes ; et, plus précisément, une déréalisation des soignants par eux-mêmes.

Au travers de quelles formes de penser allant toutes seules, c'est-à-dire non pensées, cette déréalisation avait-elle lieu ? Par quoi ces opérations mentales – cette confusion, cette imprécision – étaient-elles déterminées, qu'est-ce qui y poussait, qu'est-ce qui les poussait au-devant de la scène de l'esprit ? Questions pour le pédagogue ; d'y répondre lui permettrait de situer ses interventions de telle sorte que la compréhension de ces phénomènes soit ouverte aux stagiaires, aux élèves.

Quelles problématiques de l'existence humaine et de la pratique professionnelle étaient en jeu qui échappaient à un travail de mentalisation suffisant ? Il s'agit de répondre, puis il faudra éclairer et justifier ces réponses en analysant d'un peu plus près la confusion et l'imprécision dont il a été question précédemment.

La dynamique de tout être humain tient essentiellement dans sa capacité à apporter des réponses à des conflits fondamentaux, des contradictions inhérentes à la nature humaine. La nature humaine, en effet, si l'on se situe dans la perspective du vivant, n'est sans doute pas autre chose qu'un mouvement qui dialectise des couples d'opposés, que j'appellerai des dualités existentielles. De ce point de vue, on pourrait alors dire que la qualité de la singularité de vie de chacun n'est strictement pas autre chose que le degré de capacité d'élaboration, la qualité de l'élaboration singulière de ces contradictions par chacun. Et cela vaut pour le malade mental comme pour celui qui ne l'est pas.

La situation de formation à la démarche de soins qui nous occupe, précisément sur la séquence du projet thérapeutique individualisé, a mis en

jeu, et l'on peut comprendre que cela n'a rien d'original en soi, trois de ces dualités existentielles, pour ce que j'ai compris ou retenu : le couple passé-futur, le couple agir-penser, le couple soignant-soigné. On peut penser à une quatrième dualité possible, le couple désir-mort, mais il paraît très étroitement lié au couple passé-futur par l'intermédiaire de la problématique du temps présent. Et la pratique de formation se devait de les mettre en évidence, avec les stagiaires, pour en réaliser une certaine élaboration.

1°)- Examinons tout d'abord cette tendance à l'imprécision des actions, celles-ci, dans leur énoncé, ayant à voir davantage avec un catalogue qu'avec une pertinence d'adresse à la singularité du cas.

À cela, au moins deux séries de raisons :

- L'absence d'une analyse suffisante qui permettrait une précision des actions. Mais ce n'est pas le propos d'approfondir ce point.

- La deuxième raison, laquelle retiendra notre attention, est le défaut de définition du cadre de l'action. Souvent, le type d'action de soin est bien trouvé, adapté au cas du patient : entretien, tel atelier, groupe de parole ou pas, soins centrés sur le corps ou sur la socialisation, etc. Mais ces actions de soins sont proposées telles quelles, sans qu'en soient précisées les conditions réelles de réalisation : qui intervient ? comment ? quelles durée et périodicité ? avec quelle préparation et avec quel suivi ? qu'est-ce que le soignant en attend ? etc. Autrement dit, l'ensemble des éléments qui permettent de réaliser – au sens de rendre réel, de tremper dans le réel – le type d'action de soin choisi, n'est souvent pas déterminé. Le cadre de l'action de soin qui la signifie, la singularise, la spécifie, autrement dit ce qui concerne le cadre thérapeutique, manque. On a donc affaire à des actions de soins abstraites, déréelles.

Mais il y a quelque chose de particulier, dans cette question du cadre thérapeutique, qui mérite d'être distingué. L'observation de la pratique des soins permet de mettre en évidence certaines différences : l'action de soin concerne, implique toujours, peu ou prou, l'activité ou la mise en activité du patient, tandis que la définition et la construction du cadre (thérapeutique) des actions de soin sont l'activité même du soignant. L'absence de cadre thérapeutique signe alors le fait que les soignants eux-mêmes sont abstraits – de quoi ? – du réel. C'est en ce sens que j'ai parlé de la déréalisation des soignants.

Il y a difficulté à la représentation du réel, certes. Pensant à HÉRACLITE qui faisait une distinction entre deux sortes de parole, la parole-lyrique et la parole-action, je propose l'idée d'opérer une distinction entre des représentations mentales abstraites et des représentations mentales concrètes. La définition précise d'une action de soin suppose la capacité à se représenter le réel de la situation de soin correspondante, les conditions réelles de cette situation ; ainsi, le cadre thérapeutique construit va (re)présenter matériellement (aux yeux de tous, soignants et soignés) – c'est-à-dire, symboliser – cette capacité à se représenter le réel du soin.

Ce n'est pas en direction du soigné qu'il faut d'abord que le soin signifie, il faut qu'il soit en signification pour le soignant ; c'est là que le soignant engage manifestement sa pensée. On atteint là quelque chose

de la dialectique du couple penser-agir. Et concernant cette conflictualité dialectique, il semble bien qu'en réfléchissant sur l'action, ce qu'elle est véritablement, sa nature et sa signification, on pourrait alors comprendre, sans que cela soit une justification pour autant, la relation entre la tendance à l'imprécision des actions de soins et la déréalisation du soignant ; c'est-à-dire, en généralisant, la relation étroite entre la non-signifiante des actions et la déréalisation de l'être. En effet, une action est une inscription dans le réel. L'inscription, c'est l'inscription de quoi : d'une intention. Autrement dit, une action est la réalisation d'une intention et cela implique deux séries de choses. D'une part, il y a le passage de quelque chose d'intérieur à soi (la pensée) à quelque chose qui devient extérieur à soi (l'intervention dans une réalité qui ne nous appartient pas en propre). Que cette réalisation soit pleine ou non ne peut empêcher que ce passage ne s'accompagne du sentiment d'une perte : la perte d'une intériorité de soi pour soi. D'autre part, lorsqu'une intention est réalisée en une action, elle perd son statut de pensée, existence immatérielle, propre à soi, pour acquérir celui d'objet, existence matérielle, existence objective indépendante de soi. Il y a dans et par cette inscription matérielle un point de non-retour : elle opère la différence entre un avant et un maintenant, faisant naître un passé ; et cette dimension du passé implique celle de la finitude.

Ainsi, la capacité à (se) représenter le réel, qui se concrétise dans la précision et la pertinence des actions, suppose l'intégration de la dimension de la mort, qui est interpellée chaque fois que cette capacité est sollicitée. Voilà pourquoi je parlais tout à l'heure de refoulement, défense par rapport à une pensée pénible – ou à un pénible de la pensée –.

De ce qui précède une observation plus poussée permet quelques précisions, qui sont autant de repères heuristiques, sur la place respective des protagonistes des soins. Il revient au soignant d'élaborer, penser, la problématique du soin et il manifeste, matérialise, symbolise sa pensée (de l'autre) dans l'institution du cadre thérapeutique. Autrement dit, le cadre thérapeutique n'est pas autre chose que la matérialisation de la présence du soigné dans la pensée du soignant ; il est la marque d'une intention, son objectalité. Le soigné, quant à lui, agit son existence dans l'espace potentiel nécessaire ainsi créé ; ce faisant, il réalise la forme potentielle conçue par le soignant. C'est donc le soigné qui réalise le soin, lui donnant un destin particulier dont le soignant n'est pas le maître, il le corporalise. Mieux, il l'existentialise.

Il n'est pas inutile de préciser, pour ne pas être confondu avec les télépathes du transfert et les éthérés de la psyché, que c'est dans ces conditions que l'on peut parler de transfert. Car, d'une part, ces conditions vont permettre « (...) un degré minimal de l'identification. Ce qui va donner naissance, dans certaines circonstances, au transfert » (1) ; et, d'autre part, ce sont aussi ces conditions qui vont permettre le travail avec et sur le transfert. On touche bien là à un aspect précis de la dialectique du couple soignant-soigné selon lequel, si le cadre thérapeutique est absent – ou insuffisant, ou contradictoire – le soigné manque de rencontrer le soignant au travers d'une médiatisation dans laquelle le soignant se trouve à la fois présent et absent. Non-lieu d'intention, est manquée la réalité symbolique de la relation, réalité

symbolique qui « contient » (dans tous les sens du terme) intrinsèquement la question, la perspective, de la perte.

2°)- Si l'on examine la confusion entre actions et objectifs, on s'aperçoit que ce sont les objectifs qui sont, en général, occultés et les actions mises à leur place.

Quelques réflexions peuvent être faites sur ce point, comme indications, indices, sans qu'il n'y ait là rien de définitif. Les objectifs indiquent un futur, ils sont de l'ordre d'un souhait non encore réalisé, alors que les actions concernent une réalisation dans le présent (à la rigueur dans un futur immédiat). Il y a, semble-t-il, dans cette occultation du futur, un indice de la difficulté à supporter le différé, à vivre la tension du différé. Quid alors de l'attitude thérapeutique du soignant qui aurait à travailler cette même difficulté chez un patient ?

Plus important, peut-être, est que les actions n'ont pas de sens, pas de finalité, s'il n'y a pas les objectifs. Pour que les actions échappent à l'atomisation, au morcellement, à n'être qu'une suite additionnelle, il faut des raisons ; cela signifie que c'est précisément dans les objectifs que réside la dite dimension globale des actions de soins, lesquelles ne tiennent dans une logique d'ensemble que par les objectifs. Occulter les objectifs c'est occulter la question de penser la structure... du sujet, de penser en terme d'ensemble (voir Charte de Formation, page 2).

Une dernière remarque : les objectifs concernent le devenir du patient, et ce devenir pose un écart, écart entre l'état actuel pathologique d'une personne et un futur moins pathologique. Pour ne pas être arbitraire, abstrait ou imaginaire, un tel écart sera nécessairement référé à la connaissance du développement psycho-dynamique de l'individu. Occulter les objectifs, c'est occulter cette référence, non pas à la normalité mais, au normal du développement et, très précisément, pour les soignants, occulter cette référence à la connaissance des conditions normales optima de vie qu'ils ont à offrir à la personne soignée, de sorte que celle-ci puisse, par étayage, développer une forme de rapport à soi lui permettant de se constituer « comme sujet d'une conduite morale » (2) et sociale. Il revient aux soignants de construire les conditions de cette production du sujet, qu'il réalisera par lui-même dans et à l'aide de ces conditions.

J'arrête là mes propos qui pourraient s'enrichir d'autres réflexions dont les interventions des stagiaires ont été source, notamment sur le rapport de chacun à l'interdit et à la sanction que la question du contrat de soin a donné l'occasion d'approfondir ; etc. Mais ici, tout simplement, je ne saurais trop exhorter les formateurs à accorder toute son importance à l'enseignement de la démarche de soins, à condition que celle-ci ne soit pas conçue comme une simple technique et que l'enseignement ne soit pas confondu avec une simple information. C'est, par exemple, une imposture du point de vue de la connaissance, et donc du point de vue de la professionnalité, de voir des tableaux comportant les quatre rubriques « diagnostics, objectifs, moyens, évaluations » que l'on ose dénommer « démarche de soins » et faire circuler dans des établissements de soins. Car, eu tout état de cause, la démarche rationnelle appliquée aux soins, la dite démarche de soins, ne correspond pas du tout à cette caricature qui

n'a pour souci que l'exécution et la performance, au lieu de viser une pratique réflexive. Et c'est une imposture vis à vis des écoles qui s'efforcent d'enseigner aux futurs soignants toute la rigueur et l'amplitude des véritables connaissances, dans le souci de former des soignants capables de réfléchir, et acteurs dans les soins.

J'espère avoir donné à comprendre que l'enseignement de la démarche de soins – avec ses cinq étapes (recueil des données, analyse, objectifs, actions et planification, évaluations) – doit requérir toute l'attention des enseignants de sorte que cet enseignement acquiert véritable valeur formative de la pensée et du rapport au réel chez l'étudiant. Cela suppose de ne jamais rien tenir pour évident, d'approfondir pour les cinq étapes de la démarche de soin les enjeux cognitifs spécifiques à chacune d'elle, de sorte que les étudiants n'apprennent pas la démarche de soin, mais la comprennent et la vivent. Un véritable enseignement, indépendamment des stages, fait déjà pratique si la rencontre des connaissances, des concepts, est une expérience mentale. D'où l'importance, ici aussi, du cadre pédagogique ; d'un cadre pédagogique qui permette cette expérience formative.♦

Ouvrages cités.

- (1) Lucien ISRAEL – Soins psychiatrie, n°28, février 1983, p.22.
- (2) P.MACHEREY, « Foucault, éthique et subjectivité », in A quoi pensent les Philosophes ?, revue Autrement, n°102, novembre 1988, p.92-93.