

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

UNE HISTOIRE D'ÉQUIPE

Florence HOT, Jacqueline ONFRAY, Jean-Claude PEHAU, Martine RABIER

On leur a donné une mission impossible : trouver des alternatives à l'hospitalisation pour 25 patients hospitalisés depuis plus de vingt ans. Ils ont deux ans et demie pour la mener à bien et ils y arrivent.

Dans le cadre du programme d'établissement du C.H. Charles Perrens, il a été demandé en 1995 de mettre en commun des moyens pour la prise en charge spécifique de patients hospitalisés depuis de nombreuses années dans ces services. Cette mise en commun, au sein d'une fédération, se fera par regroupement de ces patients dans six unités : deux hôpitaux de jour, deux unités de patients dits « déficitaires » et deux unités de patients dits « chroniques ».

Flash-back.

La date d'ouverture est fixée en mars 1996.

Pour les gestionnaires de l'établissement, l'un des intérêts de ce projet est la fermeture d'une unité de 25 lits. Cadre infirmier dans cette unité, j'ai exercé comme infirmier à temps partiel pendant cinq ans. J'ai été nommé surveillant en 1990, puis me suis engagé dans la Formation Cadre en alternance de 1991 à 1993. L'équipe de cette unité s'est régulièrement renouvelée durant ces dix années. La majorité du groupe présent en 1995 y avait environ cinq années de pratiques communes. Durant ces dix années, au décours de nombreux conflits, de discussions enlevées, d'échanges verbaux pas toujours complaisants et d'idées différemment exprimées, l'équipe s'est mise au travail. Elle a écrit et élaboré un projet d'unité stable exprimant une conception des soins commune à toute l'équipe pluridisciplinaire, un cadre thérapeutique et une organisation des soins référée aux psychothérapies institutionnelles.

L'annonce de la fermeture de l'unité nous a amené très vite à réfléchir à notre avenir. Au cours des six mois précédant la fermeture, la question fut pratiquement abordée toutes les semaines en réunion institutionnelle et en supervision. Lors de cette réflexion, il fut plusieurs fois envisagé de poursuivre le travail

en cours dans une autre unité où pourrait être hospitalisée la population que nous avons en charge jusqu'alors. Dans le même temps, la question de l'avenir de chacun d'entre nous se posait aussi régulièrement.

Le Dr Lemasson, responsable médical, fut le premier à exprimer son choix de postuler pour « l'unité de déchronicisation Toulouse » qui devait accueillir 24 patients hospitalisés depuis 20 ans dans les trois services fédérés. Sa nomination officialisée, je posai ma candidature pour ce poste et fut à mon tour « officialisé » dans ce projet.

Toulouse.

La durée de fonctionnement de l'unité est arbitrairement fixée à deux ans et demie. Drôle de challenge ! Un défi et un contrat... tout à la fois. Le temps pressait. Sans avoir répondu à cette question, il nous est apparu que pour s'inscrire dans ce « chrono », il était nécessaire que l'équipe qui travaillerait dans ce projet, avant sa prise de fonction, se construise autour d'une conception partagée de la chronicité et des moyens à engager pour la réussite de celui-ci. Deux réunions de deux heures chacune et des lettres portant sur quatre grandes questions liées à la notion de chronicité permirent d'élaborer une conception commune du travail à entreprendre. Les quinze personnes intéressées par la démarche furent toutes retenues.

On nous a dit : « On ferme ». Face à cette restructuration à laquelle elle n'a pas été associée, l'équipe a deux possibilités : soit elle attend qu'on se saisisse d'elle, membre par membre, pour être dispersée n'importe où, soit elle adhère au projet d'unité de déchronicisation qui se profile. Le médecin et le surveillant s'y intéressent déjà.

L'équipe est dubitative ! Depuis quelques années qu'elle est en place, elle a gagné du galon. Ses éléments ont appris à se froter les uns aux autres. Ils se sont appropriés un projet de soins écrit qui fonctionne. L'ambiance est chaleureuse, les étudiants le disent. Du côté des effectifs, « ultime symptôme » du mal-être d'un groupe, ça roule ! Bref, il y a là une qualité de travail reconnue par chacun comme jamais vécue auparavant dans d'autres structures. Et voilà que ce labeur est remis en question. Dans les propos qui circulent on entend : « il va falloir recommencer... se conformer à des histoires d'infirmes où le personnel navigue dans ses infirmités hiérarchiques, préoccupé d'en produire de nouvelles pour protéger les anciennes ». « Unité de déchro ? Bof, pourquoi pas ? » Ça n'emballe pas mais, au moins, si on travaille dans ce projet, on sait qu'on a des chances parce qu'on accepte de bouger... Alors on s'y attelle.

On y voit aussi un défi à relever : vous pensez, des chroniques de 10, 20, 30 ans d'ancienneté atteints d'hospitalisme ! Les pestiférés, les va-nu-pieds de la thérapeutique, les laissés pour compte... En plus, la plupart sont moches, sales, ils sentent mauvais. Quelque chose nous plaît là-dedans. C'est peut-être parce qu'ils sont hors sujet et non assujettis qu'on sympathise ? Il va falloir se mettre en mouvement, se poser les vraies questions, c'est-à-dire celles qui gênent, pour abolir ce silence pâteux, cotonneux dans lequel ils se confinent résolument. Affronter leur peur, la nôtre, leur sourire qui n'osent plus rire. Au fait, le nôtre, qu'en est-il exactement ? Leurs habitudes ? Où en sommes-nous de notre petit confort ? Qu'est-ce qu'on est prêt à lâcher, du côté des horaires par exemple ? Pour nous rapprocher du dit pestiféré, il nous faut nous rapprocher aussi de nos insidieuses pestilences individuelles, celles-là qui habitent chez le « pas propre inconcevable » ! Au revoir, relents de distance relationnelles... Finie la bonne planque théorique... C'est l'ère du gros mot, mot dur, mot gras, mot-maux dire de la mauvaise herbe qui ne veut pas de vouloir : « Infirmière, vous êtes folle ! » nous dit l'un d'eux à notre arrivée. Folle d'y croire, cette équipe qui s'est rendue en bloc (sauf trois) pour s'embarquer pour le pire. Pour l'instant, le meilleur reste à construire et le plus vite sera le mieux, car on a vite fait de s'engluer dans le pire, notre culture en témoigne, et puis le pire nous est toujours familier. « Non, c'est pas fini pour vous ! »

Quelle folie ! Réveiller des souffrances qui nous font prendre pour des bourreaux ? Non, décidément, non, sinon y aurait-il ce mouvement vers soi, vers l'autre : un éventuel partage, un renvoi de nos maux-mots-dire, souffrance pour un « édit » redit en commun, l'émergence de ce timide « je » qui dit : « tu crois que je peux ? »

Et nous voilà dans des affaires de finalité, de fin. Est-ce que réapprendre à vivre peut-être une finalité ? Notre histoire est en cours. C'est pour cela qu'elle ne peut pas être racontée, j'en demande plus. Quant à parler d'une fin qui aurait peut-être lieu dans un an, c'est trop loin. Nous travaillons quand même la séparation, voire le deuil. Mais attention, nous disent nos collègues, la mémoire enjolive avec le temps, on oublie notre démarrage.

Lucile, notre collègue, a pris des notes ; ses écrits témoignent : ça commence par la consternation du personnel qui prend son service le premier jour. L'unité est sale dans tous les sens du terme : sols, placards, fenêtres jusqu'au four graisseux de la cuisine. Le ménage n'a pas été fait depuis des lustres. Tout n'est que désordre, saleté, poussière. Pour donner une image, le bureau infirmier est en travaux et là sont entassés des meubles inutilisables, des choses

cassées... et les patients arrivent dans cette pagaille monstre, avec des tonnes de bagages, d'énormes dossiers. Un bilan de Léponex® à faire le jour même. Nous n'avons même pas d'essuie-mains. Le linge n'a pas été commandé.

Le rire s'empare de nous ; l'humour nous sauve la mise, comme il l'a toujours fait dans notre parcours, avec nos 23 énergumènes-phénomènes affectueux, désopilants, insultants : « Faites votre boulot, nous crient-ils, le ménage, les médicaments, c'est votre affaire ! Je suis handicapé à 90%, alors, foutez-moi la paix ou je vous plante ! » Encore : « Allez vous faire enc... je vous em... j'en ai rien à br... », sexe dénaturé de ces hommes et femmes asexués. « Où ont-ils appris tout ça ? », demande le médecin, « À l'hôpital croyez-vous ? »

Alors qu'est-ce qu'on fait avec tout ça ? On se rassemble. Il n'est plus question de vivre dans sa bulle, il va falloir s'aider nous tous. Le groupe devient l'outil moteur, régulateur chez les patients. Des délégués sont élus par le groupe pour veiller au bon déroulement de la vie communautaire :

1) propreté de soi, des locaux où la responsabilité individuelle est sans arrêt sollicitée (on ne sait plus se laver, on crache par terre, les mégots sont jetés tout allumés ou écrasés sur les murs) ;

2) tous les matins, problèmes, sorties, loisirs sont débattus en réunion du groupe soignants/soignés ;

3) on pose cartes sur table, l'unité ferme dans deux ans et demi, on ne rempilera pas ; c'est comme ça ; les réponses fusent : délires, hurlements, paroles que personne n'écoute ;

4) quel travail du côté du respect de soi, de l'autre ! Tout est à faire ; on dirait des vieux nouveau-nés.

Du côté des infirmiers, on s'associe aux tuteurs, aux familles pour prendre une direction commune : synthèses, réunions avec les patients et leur entourage. Comme au quotidien, c'est la personne qui occupe le devant de la scène et non sa pathologie.

On a trois heures de réflexion une fois par mois avec une psychanalyste extérieure qui nous aide à nous retrouver.

Deux équipes, un véritable match !

Des règles du jeu. Il s'agit là d'un véritable match, mais d'un match un peu particulier puisqu'il va durer deux ans et demie sans temps mort et que personne ne doit rester sur la touche.

La particularité des deux équipes est qu'elles ne sont pas adversaires, quoique on se soit souvent demandé si ce n'était pas eux contre nous.

Limités dans le temps, enserrés comme dans un étau entre deux dates : 19 mars 1996 - septembre 1998, voilà qui peut être angoissant et

paradoxalement tout aussi rassurant car comme toute histoire, il y a un début, une fin d'un projet, d'une équipe.

Je ne dis pas que nous avons la recette miracle mais plusieurs petites choses réunies font que l'entente entre nous est primordiale pour faire avancer un projet. Nous avons le désir de faire partager aux patients ce que nous vivons. Il y a un parallèle entre la vie d'équipe et la demande dans la vie des patients. S'il ne se passe rien dans une équipe, il ne se passera rien dans le groupe de patients. Une équipe se forme et trame au fur et à mesure du temps une qualité de relation : écouter l'autre (la tolérance), oser dire, se distinguer par le « je pense cela », chacun travaille avec sa sensibilité, avec l'humour, le rire, le jeu. Il y a des coups de gueule, des coups de point sur la table ; il n'y a pas de chuchotements, ni de secrets qui rendent l'ambiance lourde, l'atmosphère pesante. Tous les sujets sont abordés ; c'est un climat sain, parle qui veut ; on ne se prend pas au sérieux mais on s'investit quand même. Il faut s'approprier son travail sans en prendre possession.

La « parole » reste le maître mot !

Et si nous, infirmiers de second ordre, réussissions ?

Le travail des premiers jours n'a pas laissé beaucoup de place à la réflexion ; chacun a pris ses repères et s'est dirigé vers les tâches qu'il maîtrisait le mieux. Le défi est de trouver des alternatives à l'hospitalisation pour les malades qui, pendant vingt ans, avaient été pris en charge par des équipes successives sans qu'aucun projet n'ait pu aboutir.

Quelle satisfaction si nous, qui étions quelques mois plus tôt des infirmiers de second ordre, prêts à être dispersés au gré des bon vouloir, réussissions !

Au terme de deux ans et demi, nous aurons trouvé des solutions pour tous nos patients. En réunions de synthèses, des consensus sont trouvés ; les échanges incessants au sein de l'équipe font émerger des solutions. Très vite, la population diminue nous encourageant à continuer. Les idées de chacun sont prises en compte, même les plus inattendues qui sont souvent le point de départ de débats constructifs.

La fin de cette expérience d'équipe doit coïncider avec l'achèvement de notre « mission ». Il eut été facile de ne pas achever la « mission » afin que l'équipe ait une chance de continuer à exister. Nous nous étions engagés, nous devons réussir.

Réussirons-nous, il est trop tôt pour le dire ; cependant, une grande partie de ce contrat est actuellement remplie et quelques réponses aux questions du début de cette aventure apparaissent :

~ le personnel suit le médecin et le cadre infirmier parce qu'il existe un véritable dialogue; chacun peut s'exprimer, chacun a des idées autour d'une « idée » ;

~ l'équipe enchaîne un nouveau projet avec le secret espoir de repousser une échéance, celle de la dissolution du groupe (il est en effet difficile de quitter un fonctionnement où l'on éprouve du plaisir à travailler ensemble autour d'un objectif commun) ;

~ cette équipe est constituée d'individus ayant des fortes personnalités qui n'hésitent pas à s'affronter, à exprimer ce qu'elles ressentent, à dire ce qu'elles pensent haut et fort, sans craindre d'éventuelles retombées professionnelles.

Engagement.

Nous avons un outil de travail commun, une orientation, des moyens que nous nous étions donnés. Ce n'est pas rien si l'on se réunit 23 heures par mois et puis tous les matins une demi-heure avec les patients et tous les lundis à midi aussi pour le bilan de la semaine ou de la journée. Que s'est-il passé ? Qu'est-ce qui mérite d'être repris ensemble ?

Staff, synthèse ou supervision, une réunion tous les deux mois avec tous les tuteurs réunis, quelle drôle d'idée ! Ils sont pourtant tous venus. Rencontrer les familles, les appeler, insister, fixer les rendez-vous et se retrouver tous, familles, patients, tuteurs, équipe. On parle, on se justifie, on se rentre dedans ; on ne lâche surtout pas le morceau.

Nous savions qu'il ne fallait pas faire comme les autres : d'emblée, pas d'atelier, tout orienté vers l'extérieur. Changer, partager pour mieux comprendre, écouter, réfléchir, parler de l'autre, de ses comportements, de ses faiblesses, de sa force pour envisager un projet et qu'il se l'approprie.

« Patient chronique » est une étiquette bien lourde à porter, mais pour qui : pour eux ou pour nous ? On ne peut pas dire qu'ils aient mis du leur au début, à se demander si ce n'était pas le concours du plus « crado », à celui qui dirait le plus de gros mots bien gras, à celui qui gueulait le plus. Des contre-pieds, disait ma collègue. C'est tout à fait ça ; on va dans un sens, ils vont dans l'autre et vice versa. Des difficultés, on en a eu, toujours se casser le nez sur des butées de réalité.

Comment se sortir de ça ? Nous sommes arrivés motivés peut-être parce que nous avons des illusions avant de les connaître. Ah ! Nous sommes tombés de haut. Vous me direz qu'il fallait être fou pour venir travailler ici et, pourtant, lorsqu'on regarde le reste de nos écrits, cela ressemble à une belle histoire, à croire que la mémoire enjolive. Des moyens en place, penser, imaginer, essayer,

analyser, évaluer pour que 25 patients hospitalisés en moyenne depuis plus de vingt ans trouvent une alternative sur l'extérieur. J'ai hâte d'être en septembre 1998, pas parce que ce sera fini, mais pour me retrouver et voir le travail que l'on a fait en deux ans et demi. Vers un nouveau mets plus raffiné ?

D. ANZIEU écrit : « La famille est le premier groupe que nous rencontrons. Elle est, sous d'infinies variantes culturelles, une réalité universelle inextricablement biologique et sociale. Elle est une institution qui assure la transmission des idéaux, des croyances, des valeurs d'une société donnée. Rares sont les groupes qui durent aussi longtemps et dont les membres entretiennent entre eux des rapports aussi intenses ». Comme l'enfant dans sa famille, le soignant dans l'équipe ne pourrait-il pas penser s'éloigner ? L'illusion que rien ne s'arrête peut être facteur de non prise en compte du temps qui passe (rapport avec la mort) et facteur d'angoisse.

Est-ce donc que rien ne pourrait s'arrêter ou que tout s'arrêterait vers une continuité ? En ce sens, la petite graine que nous sommes germerait et grandirait vers un ailleurs. Dans ce cas là, le lien groupal serait bénéfice, bénéfice vers une différenciation et une réalisation individuelle. N'est-ce pas osant et osé d'avoir créé un groupe « jardin » avec des patients dont le projet était de partir ? « Petite graine, grand aire-ère ».

S'éloigner vers un nouveau projet serait alors la récolte d'un cheminement de pensée groupal pour que la fin d'une équipe donne faim d'un nouveau mets plus raffiné, dégusté dans le partage.♦

Jean-Claude Péhau est cadre infirmier, Florence Hot et Martine Rabier sont infirmières, Jacqueline Onfray est aide-soignante ; Unité Toulouse, C.H. Charles Perrens, 33000 Bordeaux.