

# PRATIQUES & RECHERCHES

*en santé  
mentale*



**Les rencontres**  
*de l'Association Croix-Marine*  
*de Basse-Normandie*

**2006 Saint-Lô, Alençon, Vire**

**EDITION  
SPECIALE**

Fédération d'aide à la  
Santé Mentale  
CROIX-MARINE 

# SOMMAIRE

1

## Éditorial

Dr Patrick ALARY - Président Croix Marine, Basse-Normandie

2

## LES ENJEUX DE LA LOI DU 11 FÉVRIER 2005 SUR LE HANDICAP - Saint-Lô, 28 mars 2006

Dr Bernard DURAND - Président de la Fédération d'Aide à la Santé Mentale

6

## LES ENTRETIENS INFIRMIERS - Alençon, 13 juin 2006

- 6 • INTERVENTION CATTIP
- 7 • SITUATIONS CLINIQUES  
Noëlle BOSQUET, Infirmière en pédopsychiatrie - CMP pour enfants et adolescents - Alençon
- 10 • ENTRETIEN INFIRMIER  
D. LE SOURD, Infirmière de secteur psychiatrie - CMP pour enfants et adolescents - Vimoutiers
- 12 • LA FONCTION DE L'ÉCOUTE... DANS L'ENTRETIEN  
Jean-Yves VOURC'H, Cadre de santé - Pédopsychiatrie - Alençon
- 16 • ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS ET DES INFIRMIERS  
Dr Catherine RANVOIZE et Jean-Louis FOUCAULT, Centre psychothérapique de l'Orne - Alençon
- 21 • LA RÉUNION SOIGNANTS-SOIGNÉS : un vieil outil au services de jeunes professionnels en psychiatrie  
A. GERARD, Psychologue et J. MARIE, Cadre infirmier - Hôpital de Vire
- 23 • JE ME SOUVIENS...  
DE L'INTERET DE L'ENTRETIEN INFIRMIER EN PSYCHIATRIE  
Dr Patrick ALARY, Psychiatre, Médecin Chef - Fondation Bon Sauveur - Saint-Lô

32

## ÉVOLUTION DES MÉTIERS, TRANSMISSION DES SAVOIRS Vire, 16 novembre 2006

- 32 • UN PEU D'HISTOIRE, Docteur Régis POUJECHE, Psychiatre Praticien Hospitalier - Fondation Bon Sauveur - Picauville - Ancien chef du service de Psychiatrie - Hôpital des Armées René Lebas à Cherbourg
- 40 • MÉCANISMES DE TRANSMISSION DU SAVOIR DANS LA SOCIÉTÉ TRADITIONNELLE AFRICAINE  
CAS DU BURKINA FASO - Oumar SANGARE, Attaché de santé en psychiatrie, Sociologue
- 44 • V' LÀ LA RELÈVE  
Olivier MANS, Vice-président SERPSY, Cadre supérieur de santé - Caen

48

## A NOTER POUR 2008

57<sup>èmes</sup> JOURNÉES NATIONALES DE FORMATION CONTINUE



## Subversion, principe de réalité et principe de plaisir

Voilà, une page se tourne...

Depuis quelques années, des textes se succèdent qui, nous n'en avons pas forcément toujours conscience, vont profondément modifier l'horizon de notre pratique et, partant, notre pratique elle-même. Face à ces évolutions, plusieurs attitudes sont possibles, de la passivité ou du renoncement au choix résolu de l'action par la subversion, au sens lacanien c'est-à-dire par l'appropriation subjective de ces nouvelles pratiques dans le sens du soutien d'un désir de soigner (donner des soins et prendre soin) support à l'émergence d'un désir du soigné, préalable au plaisir de travailler pour les uns et à la prise en main de son destin malgré la souffrance, ici psychique, pour l'autre.

Citons en vrac, à la Prévert : Circulaire n° du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, Projet de Schéma départemental en faveur des personnes vivant avec un handicap, février 2004, Loi relative à la politique de santé publique, 9 août 2004, Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005, Loi de programmation pour la cohésion sociale du 19 janvier 2005, Plan « Psychiatrie et santé mentale », 25 avril 2005, Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, Circulaire du 29 août 2005, portant création des SAMSAH et des GEM, Circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C no 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie, Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles, Article 11 du Code de Déontologie, Arrêté du 13 juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la formation médicale continue, Modalités pratiques d'organisation et de validation de l'EPP dans les établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier, HAS...

L'année 2006 a été l'occasion, pour l'Association Croix-Marine Basse-Normandie, d'explorer quelques-unes de ces pistes en restant fidèle à ce qui fait sa spécificité, soutenir une "certaine idée" de la prise en charge de la maladie mentale où la singularité, la diversité, la subjectivité, le transfert mais aussi la rigueur des concepts et de la pratique, la qualité réelle des soins, le plaisir de travailler, de travailler ensemble, le partenariat dans le respect des spécificités de tous les protagonistes ont leur place.

Et où l'institutionnel tient la sienne, au moment où le questionnement nous revient du côté du champ médico-social, de plus en plus amené à prendre en compte la chronicité si singulière de la maladie mentale ou du handicap psychique.

Ce numéro montre que nous avons la possibilité de nous adapter sans renoncer à nos idées, à faire, dans la confrontation positive, évoluer nos pratiques, à accepter un "rendre compte" s'il ne se limite pas à un formalisme vide de sens et à transmettre aux jeunes générations ces années de pratique au service du patient, pas encore usager. Elles n'en entendent plus parler sur les bancs de la faculté ou des I.F.S.I. mais en sont curieuses dès lors que l'on prend le temps de leur en parler et de leur montrer la richesse, et les limites, de ces pratiques et des théories qui les sous-tendent.

Ne craignons pas de l'affirmer avec force, par tous les moyens de communication dont nous disposons, comme militants mais aussi auprès de tous les décideurs et de ceux, nombreux, qui agissent avec pugnacité dans un champ qui est désormais le nôtre, le vaste champ de la cité où les enjeux sont "l'intégration, l'insertion, la prévention qui concernent tous les acteurs de la santé mentale, patients, familles professionnelles, élus, administratifs, police, justice, éducation nationale... et tous les citoyens !" Il faut, ainsi, les inviter à nous rejoindre et rappeler à ceux qui s'éloignent que l'heure n'est pas au renoncement mais à l'action, partagée et novatrice.

L'enjeu est de taille, rester fidèle à nous-mêmes sans rien ignorer des contraintes du moment, seul moyen d'inciter ceux qui hésitent à travailler avec nous de collaborer à ce vaste projet.

"L'homme qui déplace des montagnes commence par déplacer de petites pierres" enseignait Confucius. Chacun d'entre nous est une petite pierre. Soyons donc animés par l'envie de déplacer, ensemble, des montagnes...

'Extrait de l'argument de la SISM 2006

**Dr Patrick ALARY**

Président de l'Association Croix-Marine Basse-Normandie

## PRATIQUES ET RECHERCHES EN SANTÉ MENTALE

REVUE DE L'ASSOCIATION  
CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation Bon-Sauveur  
50360 PICAUVILLE  
Tél. 02.33.21.84.00 (poste 8466)  
Fax 02 33 21 85 14

Directeur de publication :

Dr Patrick ALARY

Responsable de la rédaction :

Maryse CORBET

Comité de rédaction :

Jean-Claude ANDERSON,

Jeanne BERTAUX,

Jean FILMONT,

Jean-Noël LETELLIER,

Serge LOQUET,

Marie-Line LAMARE-HAMELIN,

Bernard NOUHAUD,

Michel PITON.

Mise en page et impression :

Imprimerie LECAUX-OCEP

Tourlaville • 02.33.88.52.52

Crédit photos : Léon Faligot

Secrétariat : 02.33.21.84.66

ISSN 1157-5135

Dépôt légal : 4<sup>ème</sup> trimestre 2007



# LES ENJEUX DE LA LOI DU 11 FÉVRIER 2005

## LA LOI DU 11 FÉVRIER 2005 : nouvelle définition et nouvelle politique du handicap ? Ses avancées et ses risques dans le champ de la santé mentale



**Dr Bernard DURAND**  
Président de la Fédération  
d'Aide à la Santé Mentale  
Croix Marine

*Je voudrais d'abord remercier l'Association Croix-Marine de Basse Normandie de m'avoir invité à cette journée et la féliciter d'avoir choisi comme thème cette loi du 11 février 2005. En effet, celle-ci nous oblige à repenser nos repères habituels et ouvre des perspectives nouvelles pour les personnes souffrant de troubles psychiques.*

*Mon exposé suivra le plan suivant : je vais d'abord évoquer dans quel contexte cette loi a été élaborée et présenter les différentes dispositions de celle-ci pour me focaliser sur les rapports de la psychiatrie avec le concept de handicap ; nous verrons ensuite comment, dans le dispositif du handicap à la française, la notion de handicap psychique s'est imposée pour enfin aborder les raisons d'espérer de véritables changements dans le statut des personnes handicapées, et plus particulièrement de celles qui relèvent de notre discipline : la psychiatrie*

### 1- Dans quel contexte a été élaborée la loi du 11 février 2005

On parlait depuis plusieurs années de réformer la loi de 1975 sur le handicap. Or, vous savez qu'il existait deux lois de 1975, la loi d'orientation sur les personnes et la loi sur les institutions sociales et médico-sociales. Il se trouve que la loi sur les institutions a été réformée avant celle sur les personnes ; on peut le regretter, mais c'est un fait : c'est la loi de janvier 2002 sur les institutions sociales et médico-sociales.

Le début de l'année 2002 a vu également promulguer la loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients. Par ailleurs, il faut se rappeler qu'il y eut également l'affaire de l'amendement Perruche qui mettait en avant une logique de réparation et de la compensation (d'une faute) qui allait à l'encontre d'une problématique de solidarité. Enfin, il faut évoquer la montée des personnes âgées et de la dépendance comme un problème incontournable qui demande des réponses de solidarité.

La Loi du 11 février 2005 est une loi innovante et de compromis, comme le dit Patrick GOHET, délégué interministériel aux personnes handicapées. Loi innovante, parce qu'elle ose donner une définition du handicap, contrairement à la loi de 1975 et parce qu'elle évoque explicitement que l'on peut être en situation de handicap pour des raisons d'ordre psychique. Mais cette définition est aussi un compromis, car elle répond autant aux personnes capables d'exprimer leurs besoins et leurs exigences (en particulier les personnes handicapées physiques) qu'à celles qui ne le peuvent pas de manière pérenne ou momentanée.

### 2- Les principales mesures de cette loi

La loi du 11 février s'intitule "loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées". Elle s'inscrit indéniablement dans une autre logique que la loi de 1975, qui classait des personnes sur leur déficience, tout en refusant de définir le handicap.

Cette nouvelle loi prend en compte la Classification Internationale du Fonctionnement de la santé et du

handicap (CIF) élaborée par l'OMS qui met en avant le fait que le handicap est dû avant tout aux obstacles de l'environnement à la participation et non à l'incapacité de la personne. La CIF concerne tout le monde et pas seulement les personnes handicapées ; elle a une vocation universelle et met en avant la possibilité de participation de tout un chacun, ex : pour les transports ou la conception des logements.

Cette loi propose une définition du handicap, mais celle-ci est un compromis, entre la référence à la CIF (l'environnement) et le maintien d'une référence à l'incapacité (qui elle est liée à la personne). En termes de participation, il faut noter qu'il y a néanmoins beaucoup de différence entre les obstacles objectivables qui peuvent être énoncés et conduire à formuler des demandes et les situations où l'obstacle à la participation est d'abord interne.

La loi du 11 février a par ailleurs prévu un droit à la compensation des conséquences des incapacités et organisé ce dispositif avec la création de la CNSA et des maisons départementales des personnes handicapées qui en particulier regroupent les anciennes COTOREP et CDES. Je voudrais surtout souligner comment cette loi a imaginé une réelle innovation dans la conception de la compensation pour les personnes en situation de handicap psychique avec la création des GEM.

On dit que la loi du 11 février 2005 a reconnu le handicap psychique, mais le handicap psychique n'est pas cité tel que dans la loi du 11 /02/ 2005. Que dit exactement la loi du 11 février ? Je cite l'article qui donne la définition du handicap : "Constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant".

On constate simplement qu'il est fait mention des altérations des fonctions psychiques comme facteur possible de handicap, alors que dans la loi de 1965 on ne parlait que de handicap mental (qui s'est identifié avec les déficiences intellectuelles).

## 3- La psychiatrie et le concept de handicap

La rencontre de la psychiatrie avec le concept de handicap s'est faite essentiellement avec la publication de la loi de 1975, qui a été l'occasion d'une suite de malentendus et de polémiques. C'était tellement violent à l'époque que l'on parlait de "lois scélérates" et que certains avaient préconisé le boycott des commissions prévues par la loi (COTOREP et CDES).

Trois points sont à souligner concernant la psychiatrie :

- 1) On avait laissé à celle-ci la gestion d'une population de plus de cent mille personnes, qui étaient encore hospitalisées dans les CHS, en 1970.
- 2) Il existait une constante de la psychiatrie qui était de refuser l'idée que l'on puisse proposer des soins aigus et des soins chroniques, sur le modèle des soins somatiques pour lesquels il existe des services de court séjour, de long séjour et de moyen séjour. En psychiatrie, on revendiquait à l'époque une seule psychiatrie égalitaire qui prétendait soigner (gérer ?) les patients du début jusqu'à leur guérison, voire jusqu'à leur mort, quand il s'agissait de maladies chroniques (la schizophrénie, par exemple). Il n'était pas question de dire que l'on allait s'occuper du patient en phase aiguë, puis de se contenter, après, qu'il soit simplement gardé.
- 3) En 1975, la politique de secteur vient de démarrer : celle-ci met l'accent sur la continuité des soins de proximité au plus près du lieu de vie des patients beaucoup plus que sur le découpage géographique comme l'ont retenu (voire pratiqué) certains. Cela dit, une conception "totalisante" du secteur s'est développée qui a conduit à ce que le secteur psychiatrique assure tout : la prévention, les soins, mais aussi l'assistance, la réinsertion et la réhabilitation psychosociale, dans l'ignorance souvent des autres acteurs du social. C'était la théorisation du "tout secteur", avec une double valence à la fois médicale et sociale.

De plus, il faut rappeler que dans le langage courant le mot handicap n'est pas neutre : nous sommes tous porteurs de représentations du handicap, qui tiennent à notre histoire propre et la façon dont nous avons été, d'une manière ou d'une autre, confrontés à cette question, mais dans tous les cas ces représentations ne sont pas neutres et sont toujours chargées d'affects.



En 1975, ce terme est récent et s'est substitué à celui d'infirme ou d'invalidé, mais il s'inscrit dans cet héritage. Dans un article de la revue "Esprit" publié quelques années plus tôt, ce terme était utilisé pour désigner "ceux dont l'infirmité physique ou mentale ne relève pas d'une thérapeutique, mais qui auront besoin toute leur vie d'une aide particulière".

C'est ce renoncement aux soins que refusent et craignent les psychiatres. Et pour cause, car cela évoque une des premières définitions de ce qui ressemble à celle du handicap : c'est celle de l'idiotie d'Esquirol au début du 19<sup>ème</sup> siècle.

L'idiotie, constituée de fait une préfiguration du handicap (1817) : Esquirol écrit que *"L'idiotie n'est pas une maladie, c'est un état qui commence avec la vie ou dans cet âge qui précède l'entier développement des facultés intellectuelles et affectives"...* *"Les idiots sont ce qu'ils doivent être pendant tout le cours de leur vie... On ne conçoit pas la possibilité de changer cet état"*.

On voit donc que l'idiotie est un état fixé, un manque qui n'est pas curable et l'on va d'ailleurs proposer à son sujet le terme "d'inéducabilité". Cela va de pair bien entendu avec une stigmatisation, c'est-à-dire comme l'a décrit Ervin Goffman avec une inscription, une marque, une caractéristique, qui fait que la personne concernée ne passe pas inaperçue et qui la disqualifie dans ses interactions avec autrui.

Mais cette conception d'un état fixé pour lequel on ne peut rien, va marquer l'histoire des institutions et justifier la relégation asilaire. A titre d'exemple voici ce qu'écrivait le directeur de l'Assistance publique en 1852 : *"Nous ne voyons pas la moindre nécessité de créer à grands frais, pour ces pauvres êtres déçus, des places dans les asiles d'aliénés. Nous serions d'avis qu'on crée, pour ces idiots, des maisons de refuge et d'hospitalité où l'on pourrait sans inconvénient et même avec avantage y réunir 600 à 800 individus. Le régime économique y serait simple et peu coûteux. Par là, on satisfait à tout ce qu'exigent l'humanité et la sûreté publique ; on économiserait des sommes importantes."* Ce texte est bien sûr daté, mais on retrouve les mêmes préoccupations économiques qu'aujourd'hui et la conception que l'on se fait des populations concernées influence indéniablement les arbitrages financiers.

On retrouve cette même problématique, un demi-siècle plus tard, avec les difficultés rencontrées par BOURNEVILLE, aliéniste d'enfants et fondateur du premier institut médico-pédagogique privé. BOURNEVILLE, qui a repris et mis en application les idées d'Edouard SEGUIN sur l'éducation spécialisée à Bicêtre et à la Fondation Vallée, préconise l'ouverture d'asiles-écoles, mais l'Administration lui rétorque que *"ces petits incurables ne justifient pas les sacrifices énoncés qu'ils demandent, et d'ailleurs l'augmentation du nombre de lits ne nous rendra pas un citoyen français utilisable à prendre parmi eux"*. Il s'agit, ajoute le fonctionnaire zélé qui a écrit cette lettre, *"d'enfants incurables qui, à de rares exceptions près, doivent être considérés comme des non-valeurs sociales"*.



*absolues*." Au-delà des considérations économiques, on constate que ce qui est en cause renvoie aux fondements éthiques de notre société.

Ces citations donnent une idée des représentations extrêmes que le concept de handicap a pu réveiller, parfois à leur insu, chez les psychiatres et pourquoi il y a eu d'abord un refus de ce terme.

#### 4- Le domaine du handicap "à la française"

Si la loi de 1975 n'a pas proposé de définition du handicap, elle n'a pas ralenti, bien au contraire, le placement des personnes désignées comme handicapées par les commissions prévues à cet effet (CDES et COTOREP) dans des institutions censées répondre à l'ensemble de leurs besoins sur le plan éducatif, pédagogique et médical. Ce fut une des particularités de notre pays que de classer les personnes essentiellement en fonction des catégories d'établissements susceptibles de les accueillir. Cette démarche, partagée de fait par les cliniciens, les familles et l'administration, était déjà explicite dans les annexes 24 des années cinquante, qui précisaient les conditions d'agrément des établissements de l'Enfance Inadaptée. Le paradigme de cette confusion dramatique entre les personnes et la catégorie d'institution censée les accueillir a été réalisé avec les personnes trisomiques et les premiers IME.

La loi de 1975 s'est inscrite dans cette logique de filières et a d'une certaine manière organisé la réification des différentes formes de handicap : les handicapés mentaux, les handicapés sensoriels, les handicapés moteurs, avec le fait que les personnes affectées d'une maladie psychiatrique étaient totalement ignorées. Dans la loi de 1975, il faut donc avant tout rechercher une adéquation entre la personne réduite à sa déficience et un établissement censé répondre à tous ses besoins.

La seconde loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales est le pendant de la loi hospitalière de 1970. Elle officialise un dispositif marqué par son cloisonnement et le clivage avec le sanitaire : le secteur médico-social. On oppose ainsi les malades et les handicapés, mais de toute façon l'équipement destiné aux adultes est encore rudimentaire.

Mais cela n'est pas sans créer des situations paradoxales et/ou incohérentes : ainsi un enfant qui rentrait en CLIS ou qui était suivi dans un CMPP rentrait dans la catégorie des enfants handicapés (parce que le CMPP fait partie du dispositif médico-social) ; à l'opposé, un enfant qui avait une psychose grave et qui était suivi dans un hôpital de jour n'était que rarement repéré comme handicapé et avait peu de chance de voir ses handicaps pris en compte. On voit de plus, à quel point ce dispositif de filières biaisait complètement les statistiques et ne permettait pas de connaître réellement les

besoins des personnes concernées. Il en était de même pour les patients de psychiatrie générale (c'est-à-dire les patients d'âge adulte) dont les situations de handicap pourtant concrètes, en matière de logement, de maintien au travail ou de loisirs, restaient très souvent sans réponses.

Cette manière d'aborder les problèmes a été mise en cause par les travaux de PHN. Wood qui a élaboré la CIH (Classification Internationale des Handicaps) pour le compte de l'OMS. Il s'était agi au départ d'étudier les conséquences des maladies, mais très vite WOOD, a surtout apporté une méthode nouvelle pour étudier les besoins de santé au sens large. Ce sont les concepts pour penser autrement les choses, qui sont le plus intéressant : dans un ouvrage auquel j'ai participé, nous avons souligné le fait que les travaux de Wood constituaient plus une clarification qu'une classification et qu'ils permettaient de sortir des oppositions réductrices entre maladie et handicap.

#### 5- L'évolution de la psychiatrie et l'émergence du concept de handicap psychique

L'évolution de la psychiatrie entre 1975 et aujourd'hui est d'abord caractérisée par une diminution considérable du nombre de lits : pratiquement le nombre de lits a été divisé par deux en une vingtaine d'années. Malheureusement, si cette diminution (appelée souvent à tort désinstitutionalisation) était nécessaire, elle ne s'est pas toujours accompagnée de la mise en place des équipements dont on avait besoin dans la communauté à proximité des patients, sans compter qu'un certain nombre d'équipements ne répondent pas aux attentes des patients : je pense, par exemple aux horaires d'ouverture de beaucoup de centres de soins qui ont comme amplitude d'ouverture ce que je qualifierai d'horaires scolaires ou de bureau, alors que les besoins sont également présents le soir, le samedi matin, voire le dimanche. Malheureusement, dans ces créneaux horaires, les patients sont seuls sans aucun accompagnement de proximité.

Les patients suivis pour des troubles mentaux sont ainsi souvent confrontés à des situations d'impasse. Impasse sur le problème du logement : quand vous avez un logement même modeste, que vous êtes hospitalisé pendant trois mois et devez payer de plus le forfait hospitalier, vous ne pouvez plus payer votre loyer et vous vous retrouvez à la sortie de l'hôpital sans logement, impasse sur l'insertion professionnelle, impasse sur celui de l'isolement social : un des problèmes majeurs pour un certain nombre de patients, psychotiques au long cours, est celui de la solitude avec le fait qu'ils ne rencontrent personne à qui parler. Cette question du maintien d'un lien social est essentielle.

D'un autre côté, on observe des préjugés défavorables de la psychiatrie à l'égard du médico-social : *"vous n'allez quand même pas médicaliser la psychiatrie"*, rétorquent fréquemment les professionnels lorsqu'on envisage des projets vers le médico-social, et une méconnaissance et une crainte des collectivités locales qui ne veulent pas prendre en considération les handicaps liés à la maladie mentale et renvoient de manière quasi systématique les usagers et les professionnels vers le CHS et la sécurité sociale.

C'est dans ce contexte que la notion de handicap psychique a émergé progressivement. On a parlé d'abord de handicap par maladie mentale, puis des associations comme l'UNAFAM (Union nationale des associations de familles et d'amis de malades mentaux) et la FNAP-Psy (Fédération nationale des anciens patients de psychiatrie), se sont fait les avocats de ce concept de handicap psychique. Il faut d'ailleurs noter que ce terme avait été déjà été défendu dans les années cinquante par la Fédération d'Aide à la Santé mentale Croix-Marine, dont les objectifs étaient *"d'exercer la protection ou l'entraide psychologique et sociale en faveur des handicapés et mal adaptés psychiques"*. Ainsi en 1958, le rapport des journées nationales avait été consacré au *"traitement et l'assistance des handicapés psychiques dans le milieu social"*.

En 2002, il y a eu le très important rapport CHARZAT, commandité par Ségolène ROYAL, Ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, en vue de « mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap, du fait de troubles psychiques et donner les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches ».

Celui-ci décrit les constantes qui caractérisent le handicap psychique en 8 chapitres :  
Stigmatisation liée à la méconnaissance et à la crainte qu'engendre la pathologie mentale :

- Souffrance de la personne
- Fragilité, vulnérabilité
- Isolement et rupture du lien social.
- Imprévisibilité
- Durabilité, évolutivité
- Poids des traitements
- Souffrance et charge de la famille et de l'entourage.

A partir de ces constats, il propose un plan d'action en huit axes qui insiste en particulier sur l'offre de soins de proximité, l'articulation de la psychiatrie avec le médico-social, le développement d'une gamme de structures d'accueil et de services d'accompagnement, comme les SAVS (services d'accompagnement à la vie sociale) et les SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) que l'on commence à mettre en place aujourd'hui, l'aide aux associations d'usagers et de familles, la reconnaissance et la promotion du rôle des élus des collectivités locales, dans cette politique.

On voit que l'on n'est plus dans "le tout ou rien" de tout à l'heure, où il fallait choisir entre maladie ou handicap. On est au contraire dans la nécessité d'articuler les choses. Si l'on veut s'occuper de malades mentaux, il faut prendre en compte leur handicap et si l'on veut s'occuper de handicapés psychiques, il faut qu'ils soient soignés. Cela est clair aujourd'hui.

L'UNAFAM publie de son côté "son plan psychique". L'UNAFAM affirme que "les personnes handicapées psychiques" sont à la fois des malades et des personnes en situation de handicap. Le statut de personne handicapée psychique est un moyen de faire exister la population en cause, indépendamment, mais solidairement des autres handicaps. Ce plan de l'UNAFAM souligne la fragilité et la diminution de l'autonomie de ces personnes et la nécessité d'un accompagnement structuré qui doit être adapté en permanence (SAVS, SAMSAH).

Cet accompagnement est décliné en 6 objectifs qui forment un tout, avec un objectif général : assurer la continuité des prestations au service de la personne.

## **6- Les avancées et les risques offerts par ces changements**

Parmi les nouvelles propositions suscitées par ces changements, il faut s'arrêter sur l'innovation que représente la création des Groupes d'entraide mutuelle (GEM).

En effet, ces Groupes d'entraide mutuelle sont financés au titre de la compensation du handicap par la CNSA. Il faut remarquer qu'il s'agit d'une forme de compensation collective qui n'implique pas une reconnaissance préalable du statut de personne handicapée. Les GEM représentent ainsi à la fois un héritage de la psychothérapie institutionnelle et des clubs thérapeutiques, gérés directement par les patients eux-mêmes avec pour objectif de faciliter le lien social au sein de la cité, et une concrétisation de la nouvelle manière de considérer le handicap.

Dans le même temps, un champ nouveau est en train de se construire non plus avec des professionnels du soin, mais de « l'accompagnement ». De nouveaux sigles apparaissent : SAVS, SAMSHA, foyer de vie, mais aussi appartements avec gouvernantes.

Les maisons départementales des personnes handicapées sont en train de se mettre en place avec une implication des collectivités locales. Il faut faire en sorte qu'elles soient autre chose que les COTOREP ou les CDES et que l'on y trouve un accueil capable de prendre en compte la vulnérabilité psychique.

Les changements auxquels nous assistons doivent nous mobiliser car il y a un risque que s'organise, d'une part, une psychiatrie de plus en plus référencée à un



modèle médical caricatural avec le DSM, une clinique objectivante utilisant des échelles au détriment de la rencontre et de l'écoute et la prescription de psychotropes pour seule thérapeutique et d'autre part, une gestion sociale des patients qui conduira à un jeu de yoyo entre les deux champs qui s'ignoreront.

Mais ils peuvent être également une chance de repenser la psychiatrie et le social non plus dans une opposition mais dans une complémentarité permettant aux utilisateurs d'y trouver les éléments leur permettant de se construire leur continuité.

Cela veut dire que la psychiatrie doit accepter de n'être qu'une petite partie de la vie du patient (et donc d'abandonner la maîtrise) et reconnaître la qualification de ceux qui accompagnent le patient au quotidien. Cette double dimension doit être prise en compte par les soins (ex d'une sortie sans prise en compte de la vie familiale et sociale du patient), mais elle doit également être reconnue dans le social, où la vulnérabilité du patient doit être perceptible et prise en compte dès l'accueil (ex d'un patient en COTOREP).

**En conclusion**, je voudrais souligner que l'usage que l'on va faire de la notion de handicap psychique est au carrefour à la fois de la nouvelle définition du handicap et de l'évolution de la politique du handicap. Il y a un risque si l'on reste dans la culture de la loi de 1975, de parler de « handicapés psychiques », mais la création des GEM nous offre une nouvelle manière d'aborder la politique du handicap avec une mesure de compensation non individuelle, mais collective, n'impliquant pas une reconnaissance préalable du statut de personne handicapée.

Pour terminer je finirai par une citation de Julia KRISTEVA qui est intervenue lors de nos journées nationales de 2004 et qui parle du passage de l'exclusion à la solidarité :

*« La différence d'autrui est ici non seulement reconnue et respectée, mais nous la recevons comme un appel à la reconnaître en nous-mêmes. C'est ainsi que la reconnaissance de notre commune ressemblance avec les handicapés, au-delà des « déficits » et des « désavantages », mais avec eux, tisse ce lien d'amitié et de solidarité qui définit la dignité humaine ».*

## INTERVENTION CATT UNITE AMBULATOIRE DE PSYCHOGERIATRIE « L'entretien de soutien et d'accompagnement de la personne âgée et de son entourage »

Tout d'abord il nous faut caractériser la population accueillie au sein du centre.

Du fait de sa spécificité psychogériatrique, le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel ne prend en charge que des personnes répondant aux critères suivants :

- Critère d'âge : plus de 65 ans
- Pathologies : trouble de l'humeur  
Maladies neurologiques et /ou dégénératives.
- Habiter le secteur géographique correspondant au secteur psychiatrique.

Il faut aussi noter l'importance de l'entourage (famille, aidant naturels etc.).

### Modalités

Une première consultation médicale et évaluation en partenariat entre le médecin et l'équipe infirmière détermine le type de prise en charge et surtout son objectif :

Il existe deux grands types d'orientations :

- soutien au domicile.
- accompagnement dans le cadre d'une entrée en institution.

La pratique infirmière consiste surtout, dans le cadre du soutien à domicile, à effectuer ces différentes démarches :

- Une évaluation des demandes de la personne et de son entourage.
- Une évaluation des capacités et des ressources de la personne et de son entourage.
- Une évaluation des conditions et des limites du maintien à domicile.
- Déramatisation et explication des troubles lors des épisodes aigus
- Travail avec les familles sur la verbalisation des affects et du ressenti.
- Accompagnement du deuil
- S'ajoute dans le cadre de l'entrée en institution :
- Accompagnement de la personne et de l'entourage dans la visite des différentes structures

### Les entretiens

Dans la grande majorité les entretiens infirmiers assurés par l'équipe sont formalisés c'est-à-dire que : la date de rendez-vous, la durée, le lieu, l'objectif des rencontres sont déterminés en accord avec la personne suivie, son entourage et l'intervenant. Ces entretiens peuvent se dérouler au domicile des personnes ou bien dans la structure de soin. **Dans tous les cas le principe fondamental est l'adhésion de la personne souffrante et de son entourage à la prise en charge proposée par l'équipe.**

L'un des principaux problèmes rencontrés dans notre pratique est directement lié à la spécificité de la population prise en charge : l'âge et les pathologies dégénératives.

En effet, il est parfois difficile, voire impossible, d'avoir l'acceptation de la personne suivie du fait des atteintes des fonctions cognitives supérieures (surtout la mémoire et le langage)

De même, il est important de prendre en compte l'existence d'une certaine ambivalence autant de la part de l'entourage que de la personne suivie, d'où l'importance de travailler en partenariat avec les aidants naturels.

La prise en charge peut se terminer à la demande de la personne et /ou à la demande de l'équipe après évaluation de la situation et estimation de l'atteinte des objectifs initiaux.

## Noëlle BOSQUET

Infirmière en pédopsychiatrie  
CMP pour enfants et adolescents  
Alençon

## Julien

### SITUATIONS CLINIQUES

*Je suis infirmière au CMP pour enfants et adolescents d'Alençon. Les enfants que nous recevons peuvent présenter des légers troubles névrotiques ou des symptômes plus importants - psychose, autisme, troubles de la personnalité, du développement. La plupart sont scolarisés de façon traditionnelle dans l'école de leur quartier.*

*Les enfants peuvent bénéficier de prises en charge en groupe ou en individuel, ceci à raison d'une ou plusieurs fois par semaine selon leur pathologie et leur besoin.*

*Dans le cadre de mon travail, les premiers intervenants sont amenés à me confier certains enfants en prise en charge individuelle, pour cela je dispose d'un bureau avec des jouets et du matériel d'expression, je peux aussi les prendre en charge à l'extérieur du bureau.*

*Je reçois les enfants sur des séquences de 45 minutes.*

*Ma façon de travailler et de rendre compte de mon travail est en lien avec les différentes formations dont j'ai bénéficié. En effet au cours de notre carrière d'infirmier, on est amené, si on le désire, à avancer dans la compréhension et à aller toujours plus loin dans l'aide que l'on peut apporter ou du moins dans cette main que l'on peut tendre à l'autre.*

*En m'appuyant sur ce travail, je vais parler de trois enfants, Julien, Thomas et Cédric.*

*Nous pourrions voir comment chacun de ces enfants, aussi bien Cédric sur un temps de plusieurs mois que Julien et Thomas au cours d'une même séance, arrive avec ses angoisses et ses difficultés et lorsque nous prenons le temps de recevoir angoisses et projections et que nous pouvons les représenter symboliquement par le jeu, nous remarquons combien des modifications apparaissent pour chacun de ces enfants.*

#### **Lorsque Julien se sent compris il n'est plus dans le contrôle et se sent apaisé.**

**Thomas passe de la toute puissance à accepter sa partie petite.**

**Cédric s'ouvre à un monde où on communique.**

Cette journée de réflexion est définie sur le thème de l'entretien infirmier. Avec de jeunes enfants et des enfants en difficulté psychique, le travail pourrait se nommer autrement dans le sens où c'est à travers la médiation et le jeu que nous échangeons avec un enfant.

Les différents extraits que je présente pour Julien font partie d'une même séance, il en est de même pour Thomas.

Le travail présenté pour Cédric est des extraits de prises en charge sur une période s'étalant sur onze mois.

Julien a 9 ans, c'est un bel enfant, grand pour son âge. Il semble toujours afficher une sensibilité, une rougeur épidermique plus ou moins marquée sur le visage et le cou en lien avec son état psychique interne. C'est un enfant adopté à l'âge de trois mois.

Julien présente des troubles du comportement qui sont majorés dès qu'il n'est plus avec ses parents. Julien peut être dans une recherche continuelle des limites avec de la provocation et même de la violence, il peut avoir un vocabulaire sexualisé, à l'occasion il peut chaperder. La maman se décrit comme dure et peu affectueuse avec son fils. Le papa est en contact avec les difficultés de son fils. Julien semble contenu par son père. Julien est scolarisé à plein-temps malgré ses difficultés.

Je reçois Julien deux fois par semaine.

Pour évoquer ce travail avec Julien, je vais parler de plusieurs extraits d'une même séance qui se situe à un moment où Julien ne peut pas rester dans le bureau.

Le cadre que j'ai mis en place est celui-ci : nous sommes ensemble dehors mais le bureau reste notre repère d'arrivée et de départ.

#### **Lorsque Julien se sent compris, il n'est plus dans le contrôle et se sent apaisé.**

**- Je propose à Julien ma capacité contenante.**

**- Julien fait l'expérience de la rêverie partagée.**

**- Julien se laisse aller à être petit.**

**- Se sentir contenu peut se jouer**

*Julien vient d'arriver en taxi, il reste dehors sur la pelouse en cherchant que je lui cours après, il montre beaucoup d'excitation. Je décide de le rejoindre très doucement pour aller le chercher. Alors que je suis à mi-chemin, il se tourne vers moi et me dit de façon intéressée et vivante qu'il a aperçu un lézard, et me demande de venir voir, nous observons ensemble, il suit le lézard et au fil de son déplacement je le sens moins contenu. Je lui dis qu'il semble qu'arriver ici est vraiment difficile...*

... Je l'invite à aller sur le terrain de jeu.

*Il marche à côté de moi tout en parlant du lézard qu'il a vu en arrivant, puis il veut retourner au même endroit, il commence à courir, je maintiens fermement le cadre qui est d'être ensemble dans cet espace de jeu délimité. Il me fait découvrir qu'il a un chronomètre qu'il a accroché à sa chaussette en m'expliquant que c'est une caméra. Il me dit vouloir jouer au jeu suivant : faire la course ensemble et se chronométrer. Je lui dis qu'il semble qu'il voudrait se mesurer à moi et que même il voudrait peut-être être le plus fort. Il me regarde, je le sens bien, confiant, il m'explique alors comment fonctionne son chronomètre et désigne le premier arbre jusqu'où il va courir seul. Je dois dire : « prêt partez » et déclencher le chronomètre. Il fait ainsi plusieurs allers et retours.*



Julien s'est plusieurs fois assis sur la balançoire après ses séries d'allers et retours en me montrant que c'était très fatigant de faire cela.

*Il s'est assis sur la balançoire pour regarder le ciel en me disant que quelquefois, on voit des animaux lorsqu'on regarde les nuages. Nous regardons ensemble les nuages, il attend que je dise ce que je vois, je le sens alors sans capacité à imaginer. Je me mets à rêver du nuage que j'aperçois qui peut ressembler à une souris, il est ravi, il dit « voir les petites pattes », puis y reconnaît des dents, il décrit avec intérêt ce qu'il voit. Je l'invite à trouver un nuage, il cherche, ne trouve pas puis avec plaisir découvre une tête, il nomme les gros yeux et le nez. Je lui dis que je vois bien ces deux grands yeux, j'ajoute que ce sont deux gros yeux qui prennent beaucoup de place.*

*... Il est toujours assis sur la balançoire et me demande de faire « petit, petit », c'est une mélodie que j'ai inventée tout en le balançant doucement un jour où je le sentais inquiet et si peu contenu. Je le balance donc très doucement en lui maintenant le dos pour accompagner le mouvement. Il s'abandonne dans le balancement puis il me dit regretter que je ne fasse pas la course avec lui, je lui dis qu'il voudrait m'entraîner et m'étourdir dans sa course alors qu'il sent qu'il a besoin que je sois bien présente et bien pensante.*

Cet extrait vient après un temps passé sur une autre balançoire constituée d'un pneu, il s'était installé dans le trou et ne voulait pas que je m'occupe de lui, mais seulement que je le regarde.

*Il est sur la plate-forme supérieure du toboggan, il me demande que je l'empêche de sortir de cet espace, je suis au bas du toboggan. Nous jouons ainsi : il va du côté de l'échelle et je joue à lui interdire de descendre, il va alors du côté de la descente et je joue aussi à interdire ce côté, il est ravi. Je lui dis qu'il voudrait que je le garde toujours ici et l'empêche de repartir.*

## Thomas

Thomas a sept ans, il n'est pas très grand et son visage renvoie une impression d'enfant plus jeune. Ses parents sont marocains, ils sont séparés, ils ont une très bonne situation sociale.

Thomas est placé à l'ASE depuis l'âge de ses neuf mois à la suite de graves problèmes dans le couple. L'un et l'autre se confrontent pour récupérer la garde, mais en même temps ils peuvent chacun leur tour ne plus donner de nouvelles pendant une année. Ils habitent chacun une ville différente très éloignée du lieu de vie de Thomas.

Thomas a été placé dans une première famille d'accueil jusqu'à ses trois ans. Celle-ci a été mise en grande difficulté devant le comportement tout-puissant de Thomas. Il est depuis dans une autre famille d'accueil. Thomas exprime une toute puissance et ne supporte pas la frustration, il est toujours en conflit avec quel-

qu'un. C'est un enfant qui se maintient néanmoins dans l'apprentissage scolaire avec de bonnes capacités.

Je parle de Thomas à travers plusieurs extraits d'une même séance après plusieurs séances pendant lesquelles il a exprimé de la violence.

**Thomas, au cours d'une même séance, passe de la toute puissance à accepter sa partie petite.**

**- Prendre ce que Thomas communique et le transformer.**

**- Comment Thomas peut commencer à s'appuyer sur ses capacités à contenir ses pensées.**

**- Thomas fait l'expérience de se sentir petit.**

Thomas est arrivé avec un sentiment de supériorité sur moi et m'a dénigrée par quelques phrases bien marquées sur ma nullité.

*Thomas me dit que nous allons jouer chacun notre tour avec les cartes Pokémon. Je l'invite à nous installer à la petite table. Il distribue les cartes en annonçant ce que l'on va faire : lire la petite phrase sur une carte que nous choisissons. Il me demande de commencer, je choisis une définition qui me semble le mieux correspondre à Thomas ; c'est une carte qui représente puissance et force. A son tour il lit sa carte choisie, il est question d'avoir de grandes ailes, de voler tout le temps et de ne jamais poser le pied par terre, puis en lit une autre, qui parle d'un besoin de ceinture pour contenir toute la force pour ne pas éclater. Je lui dis que quelquefois il peut se demander comment faire pour ne pas éclater tellement il se sent fort.*

*Il décide de lire toutes ses cartes à la suite, je me sens submergée par toutes ces définitions de carte. Au bout d'un moment, il semble envahi par une bouffée de toute puissance et jette ses cartes par terre, je sens qu'il part dans quelque chose de difficile où rien ne peut l'arrêter et lui parler renforce sa toute puissance. Alors je décide de rentrer dans son jeu pour tenter de lui donner un sens et je projette mes cartes sur la table en commentant qu'on peut se sentir en morceaux. Je sens que je l'ai étonné, je ramasse doucement toutes ses cartes par terre en lui parlant d'un tout-petit qui peut se sentir en morceaux. Il s'est apaisé, il est debout, il promène son regard à travers la pièce et regarde la chaise de mon bureau, je lui dis qu'il semble retrouver le bon endroit qui le tient.*

Il a pris la chaise de mon bureau qu'il a regardée auparavant.

*Il s'est installé devant moi, la chaise un peu inclinée, il me demande de l'aide afin que je tienne le dossier pour l'empêcher de tomber. Il s'est beaucoup rapproché de moi pour que je reste assise sur mon siège pour le tenir. Subitement il donne des coups dans sa chaise puis se rappelle qu'il voulait aller aux WC, il y va aussitôt. Il en revient en disant qu'il y a encore quelqu'un à l'intérieur et rit en disant qu'il a laissé la lumière pour le faire croire. Je lui dis qu'il semble vraiment y avoir laissé quelqu'un, il me répond "oui, toi".*

C'est un peu plus loin dans la séance, il s'était entortillé

dans le rideau de la fenêtre.

*Thomas me dit qu'il "veut être tout mou" et me demande que je le porte à travers toute la pièce, il se laisse complètement aller, il ne veut pas que j'arrête de marcher, il me montre l'espace de la pièce, je lui dis qu'il semble vouloir sentir comment il est bien tenu lorsqu'il est dans le vide. Je suggère de le poser sur le fauteuil, il me demande de le mettre sur la petite table, il est allongé « complètement mou » dans un abandon confiant.*

## Cédric

Cédric a six ans, c'est un enfant diagnostiqué autiste. Il est assez grand pour son âge, il donne l'effet d'un enfant mou, sa maman le décrit gentil et sans agressivité.

Cédric a accès au langage mais il s'en sert très peu. Il a peu de mots qui sont toujours dits de façon particulière, cela donne le sentiment que les mots sont lâchés avec difficulté.

La maman privilégie le lien social dans le milieu scolaire classique, avec des temps de soins individuels. Le papa est très peu présent de par son métier (chauffeur routier international). Cédric est scolarisé dans une CLISS. Je le reçois deux fois par semaine, le mercredi et le vendredi.

Pour ce travail avec Cédric, je présente des extraits de plusieurs séances.

### Cédric s'ouvre à un monde où on communique

- **Ma première impression.**
- **Lorsque je donne du sens à la situation avec les jouets, Cédric peut découvrir que nous pouvons communiquer.**
- **Cédric commence à me communiquer son état intérieur et à utiliser le jouet comme représentation.**
- **Cédric expérimente le jeu du « caché-retrouvé ».**
- **Comment tenter de transformer la situation vécue par Cédric par une représentation symbolique à laquelle il a accès.**

### Début février

Après l'entretien commun avec le médecin, je reçois Cédric pour la première fois avec sa maman. La maman me parle beaucoup des circonstances de la naissance de Cédric.

*Cédric s'est assis par terre entièrement tourné vers les Lego, il nous tourne le dos, la maman en fait l'observation en m'expliquant que c'est un fonctionnement classique de refus chez Cédric lorsqu'il ne veut pas entrer en communication.*

En fin de séance, il vient voir les jouets

que j'ai mis à disposition sur la table.

*Il regarde les jouets d'une façon qui me paraît détachée mais en même temps intéressée. Il écarte les différents jouets du bout des doigts avec une sorte de délicatesse et de détachement mélangés. Il a pris et mis de côté les deux camions, comme s'il les mettait à l'écart. Il parle à mi-voix et pour lui-même, ce sont des mots qui semblent lâchés. Cédric a pris les deux morceaux de pâte à modeler qu'il tient dans chaque main, il les fait se toucher. Il les délaisse après quelques rencontres pour regarder le contenu de la boîte de jouets. Il sort les quelques éléments de construction en bois, trois barres et quatre roues. Il s'aperçoit aussitôt qu'il est possible de les accrocher ensemble par un système de clips. Il accroche et décroche, il s'intéresse aux roues. Il paraît détaché de notre présence.*

### Début mars

Aux séances précédentes Cédric a sorti les deux camions sans rien en faire, mais en même temps je ressentais qu'il attendait quelque chose. J'ai repris à mon compte l'idée de ces deux camions et la rencontre de la pâte à modeler de la première fois, et j'ai joué la rencontre entre les deux camions.

*Il a un regard furtif vers les jeux posés sur la table, je l'invite à aller jouer. Il se lève aussitôt. Il s'est assis à la petite table, Cédric tourne son regard vers les jouets sans aucun autre mouvement. Je lui dis que je me rappelle les deux camions qui se rencontraient et se disaient bonjour. Après un temps, je prends l'un des camions, je le fais rouler, je parle de ces camions qui peuvent se dire bonjour, Cédric me regarde intéressé.*

*Après quelques minutes, Cédric saisit l'autre camion qu'il fait rouler en me regardant, je commente que ce camion a peut-être envie de dire bonjour à l'autre. Cédric fait rouler son camion parallèlement au mien. Je dis voir qu'ils ne se rencontrent pas encore ces deux-là.*

*Après un temps, il fait en sorte que les deux camions se rencontrent de face, je mime une rencontre, je dis bonjour. Cédric est intéressé et recommence.*





### Fin avril

Nous avons chacun un camion en main. A l'aide du crochet de son camion, Cédric accroche mon camion, il fait cela avec attention et minutie, il y passe du temps. Il ne me regarde pas, je lui commente qu'ils sont bien accrochés ces deux-là. Il fait rouler son camion jusqu'au bord de la table puis laisse dépasser une partie du camion dans le vide, il me regarde. Je joue avec mon camion, en disant que je ne vais pas le laisser tomber. Il me regarde et recommence, nous rejouons plusieurs fois la même scène, à chaque fois, son regard vers moi, Cédric semble attendre que mon camion soutienne le sien et à chaque fois je joue à faire revenir mon camion sous le sien pour le soutenir en théâtralisant la scène.

### Début juin

Vouloir prendre ma place et montrer de l'excitation est quelque chose de récent chez Cédric. Après deux semaines de vacances, Cédric a montré un empressement lorsqu'il m'a retrouvé. Alors que je suis debout, il essaie de s'asseoir à ma place toujours avec autant d'envie, je décide donc de rester bien assise et je ne le laisse pas faire. Il s'est alors mis derrière son fauteuil, je sens sa détermination à disparaître ou à ne plus me voir. Il s'est allongé par terre et de cette façon je lui vois la tête qui n'est plus cachée par le fauteuil, Il ferme les yeux. J'arrive vers lui et je joue à le surprendre par ma présence, il a du plaisir et recommence à fermer les yeux, et lorsque je lui demande si on fait "encore", il acquiesce, je joue à le surprendre à chaque fois qu'il ouvre les yeux, il paraît être un petit bébé qui découvre le jeu du "caché- retrouvé".

Cédric a poussé son fauteuil en mousse vers moi, il se cache derrière et joue à faire apparaître son visage très près du mien. Nous sommes ainsi très près et en même temps séparés par le fauteuil. Je prends alors conscience qu'il n'est pas dans l'excitation, je lui nomme cette capacité à être ici ensemble avec moi tout en étant séparés.

### Fin septembre

Depuis le retour de vacances Cédric se confronte aux limites et ouvre souvent la porte du bureau pendant la séance en attendant ma réaction. A un moment, alors qu'il est reparti dans sa recherche de limite, il s'acharne sur la poignée de la porte afin d'ouvrir celle-ci, il semble ne pas pouvoir comprendre pourquoi elle lui résiste. Subitement il semble réaliser son incapacité à l'ouvrir, il abandonne et s'en éloigne ; son visage se défait, je l'entends murmurer « Je ne suis plus assez fort. Je répète cette phrase, il se met à pleurer, il est débordé par un immense chagrin mais qui s'arrête vite. Je lui dis qu'il peut avoir du chagrin lorsqu'il découvre qu'il est encore petit. Il soulève son fauteuil en mousse à bout de bras, il semble le posséder complètement, il me paraît isolé dans une sorte d'excitation, je ne le rejoins pas par les mots et je me tourne vers la pâte à modeler et en pensant à cette porte qu'il voulait ouvrir, je lui dis que je construis les limites de la pièce en pâte à modeler, je lui nomme la porte que j'ai représentée ouverte. Il est intéressé, lâche le fauteuil et vient me rejoindre lorsque je lui dis nous avoir représentés lui et moi par deux boules de pâte à l'intérieur. Je joue à faire sortir une boule puis l'autre par la porte. Il les saisit et les fait rentrer. Ce mouvement de rentrer et sortir devient un jeu, pendant ce moment nous sommes deux...

## D. LE SOURD

Infirmière de secteur psychiatrie  
CMP pour enfants et adolescents - Vimoutiers

## ENTRETIEN INFIRMIER

Dans ce mot « entretien », nous y mettons un mode de communication verbal. En pédopsychiatrie, nous parlerons plus facilement de prise en charge où la communication se fait avec un autre code, un autre support : la médiation, elle doit pouvoir faciliter la relation à l'autre et permettre de dire autrement ce qui ne peut être dit par des mots. Elle peut faire naître un lien ; cette médiation permet au soignant de verbaliser. Sans oublier la notion transférentielle qui s'installe dans ce lien. Ce médiateur peut être cheval, musique, jeux, dessin... Nous sommes dans une relation en triade où il y a une distance entre l'enfant et le soignant.

Après un temps d'évaluation de la demande de soins, nous travaillons en ambulatoire avec des enfants et

adolescents insérés en milieu scolaire et familial ou famille d'accueil ayant un suivi A.S.E. Une majorité des enfants est de structure de personnalité névrotique présentant une souffrance relationnelle qui perturbe leur développement psychique, ce qui fait barrage à l'individualité, aux apprentissages scolaires, à un Soi.

Lors des premières rencontres, nous définissons avec l'enfant et ses parents le cadre de soins, la médiation utilisée, la régularité des séances, le lieu privilégié pour l'enfant où il peut exprimer, déposer ses émotions, ses fantasmes, ses projections sans être jugé, sans répercussion à l'extérieur. L'enfant n'aura aucune obligation de rapporter à son entourage le déroulement des séances. Ce cadre de soins a pour but d'établir un climat favorable entre l'enfant et le soignant pour un échange relationnel où l'enfant peut spontanément exprimer ses difficultés.

## Situation clinique : URGENCE

Appel téléphonique de l'infirmière du Collège qui demande une consultation pour une jeune fille de 14 ans, en pleurs, inconsolable suite au décès d'un proche.

La jeune fille arrive au C.M.P. accompagnée par l'infirmière. Je la reçois seule, elle est en pleurs, voûtée, elle a du mal à fixer son regard et régulièrement un spasme musculaire lui secoue la moitié du corps.

Elle réussit à m'expliquer qu'elle a appris, ce week-end, le décès de son oncle survenu lors d'un accident de la route. Cette disparition soudaine l'a beaucoup bouleversée car cet oncle était pour elle « comme un grand frère ». Elle me décrit ce lien affectif au travers de différentes anecdotes de la vie quotidienne, son rôle de protecteur, la peur qui pourrait l'envahir en pensant à sa disparition.

Puis rapidement, elle a fait le lien avec son père qu'elle ne voyait pas, qui ne l'avait jamais reconnue officiellement. Elle évoque les difficultés relationnelles qu'elle entretient avec sa mère, son opposition, sa désobéissance, sa provocation.

Puis, elle m'explique qu'elle a subi des attouchements sexuels et des actes violents, de la part de l'ex-compagnon de sa mère, que ce monsieur était recherché par la police, qu'elle avait déposé plainte à la Gendarmerie et qu'elle était en attente.

Après ce temps d'écoute où elle a pu déposer tout ce qui avait resurgi à la suite de la perte d'un proche, ses larmes s'estompent et ses spasmes musculaires disparaissent. Cette verbalisation lui a peut-être permis de mettre une distance avec ses émotions. Je lui ai proposé de l'aider à s'apaiser physiquement et psychologiquement en utilisant la relaxation. Elle accepte, nous avons convenu d'un rendez-vous dans l'après-midi afin qu'elle puisse prendre le temps de réfléchir. Après deux séances dans la semaine, elle se trouvait plus apaisée, dans un état psychophysique acceptable. Je lui ai expliqué que mon travail s'arrêtait là mais que si elle le désirait je pouvais faire le lien vers une prise en charge psychologique au C.M.P.

## Prise en charge à long terme

(une année et demie)

Un jeune homme de 16 ans accompagné par l'A.S. du service de placement familial, vu pour la première fois par un pédopsychiatre au C.M.P.

Enfant placé en famille d'accueil à l'âge de 13 ans, arrêté à la demande de l'assistante maternelle en "urgence" pour attouchements sexuels envers un plus petit. Un autre adolescent était également présent et acteur. Un dépôt de plainte a été reçu à la gendarmerie de la part de la mère du plus jeune garçon.

L'A.S. évoque des difficultés à s'exprimer, une petite enfance difficile, une mesure de placement familiale suite à la maltraitance physique et psychologique de la part de la mère pendant plusieurs années. Ses parents n'ont jamais vécu ensemble, il a une petite sœur de 12 ans qui vit avec sa mère.

Suite à cette consultation, la pédopsychiatre propose une médiation thérapeutique avec un infirmier.

Durant les premières rencontres, il se présente comme un adolescent mal à l'aise dans son corps, plutôt introverti et immature psychologiquement. Il vient seul au C.M.P. après les cours ; il est scolarisé au Collège en 3ème. Il accepte d'être aidé mais ne sait pas comment. Il paraît très anxieux, en attente d'être convoqué par la gendarmerie suite à la plainte déposée.

Dans un premier temps, je lui propose de mettre en mots le déroulement de sa semaine, de prendre conscience des différentes émotions et tensions physiques puis psychiques ressenties durant la semaine, et, dans quelles situations apparaissent-elles ? En parallèle, il accepte la médiation équitaire afin de travailler sur son ressenti corporel et l'affirmation de soi.

Après quelques mois, un lien s'est créé dans cette relation, il a pu commencer à accéder à la dualité. C'est au travers de cette relation de confiance qu'il a pu commencer à verbaliser, à écrire ses émotions, sa culpabilité sur l'événement qui l'a amené à consulter.

Son mode de pensée était encore clivé entre le bon et le mauvais, le bien et le mal, le réussi et le raté.

Nous avons quitté le support cheval et utilisé l'écriture. Chaque semaine, il déposait un texte relatant un souvenir d'enfance, un événement agréable ou désagréable. Ensemble, nous avons cherché les émotions, les sentiments qui pouvaient être reliés à ces épisodes de vie : la joie, la culpabilité, la honte, la peur, le dégoût, la colère, la tristesse, la surprise...

Ensuite, partant de ses textes, nous avons construit son génome familial avec sa place dans la fratrie, dans la famille, les différents liens entre chaque membre, les schémas transgénérationnels, la place et le rôle accordé à chacun, la transmission des Noms.

Puis en partant de sa naissance jusqu'à aujourd'hui, nous avons reconstruit son histoire par écrit avec les différents lieux d'habitation, familles d'accueil, écoles, les événements importants pour lui, les liens qui existent encore ou qui ont pris fin.

Ce travail sur son histoire, sur lui-même, lui a permis d'accéder à une maturité de pensée individuelle, de projeter dans l'avenir, de désenclaver son mode de pensée, tout en prenant conscience des difficultés de la vie, de chercher sa place.

Actuellement, nous travaillons en relaxation avec les méthodes d'autoconcentration et inductions verbales qui visent une orientation psychothérapeutique avec la verbalisation du vécu.



**Jean-Yves VOURC'H**

Cadre de santé  
Pédopsychiatrie  
Alençon

## LA FONCTION DE L'ÉCOUTE... DANS L'ENTRETIEN

*Mon propos sera après une rapide évocation de mon parcours professionnel d'aborder la fonction de l'écoute dans l'entretien, des différentes formes d'entretiens et de terminer sur une partie formation et perspectives d'avenir.*

J'ai à peu près 25 ans de pratique, dont 20 ans pendant laquelle j'ai mené de nombreux entretiens. J'ai une formation initiale d'Infirmier de secteur Psy., des formations complémentaires et professionnelles dans le domaine des psychothérapies, et je suis maintenant Cadre de Santé.

J'ai tout d'abord travaillé en secteur adulte, un temps relativement court dans des services d'hospitalisation à temps complet puis dans un HJ pendant 6 ans. J'ai intégré ensuite l'équipe d'un CMP dans lequel j'ai travaillé pendant 7 ans. Aujourd'hui, j'assure mes fonctions dans un secteur de Pédopsychiatrie, le service du Dr Renault-Zanin et je suis référent d'un Point d'Accueil et d'Écoute, qui s'appelle « SESAME ».

Ma pratique de l'entretien s'est progressivement modifiée au cours de ma carrière. Entre la période de mon travail où plein de bonne volonté, j'allais parler avec un patient dans un service, puis dans mes 1<sup>er</sup> entretiens dans le cadre des accueils faits dans un CMP, ensuite certains plus formalisés dans le cadre d'une relation d'aide mise en place à partir d'une demande, j'ai bien sûr vécu une évolution.

Elle s'est construite à travers mes nombreuses expériences de conduite d'entretiens, de rencontres, d'échanges, de lectures et de formations professionnelles. Parallèlement à ce parcours, qui m'a enrichi sur le versant théorique, j'ai pris conscience de certaines difficultés. A force d'écouter, j'ai commencé à entendre, à m'entendre moi... et j'ai senti le besoin d'être écouté. L'histoire, très douloureuse de certains patients déclenchait des résonances émotionnelles parfois difficiles. J'ai ressenti la nécessité de faire le point et d'avancer quant à ma propre histoire, d'où une démarche vers la psychothérapie, puis une formation au travail psychothérapique.

Vous comprendrez aisément que tout cela ne s'est pas fait en quelques mois. Il faut du temps pour se former. La pratique de l'entretien d'aide ou de l'entretien de soutien psychologique demande aussi un minimum d'apprentissage.

Je vais donc tenter de vous faire partager mes connaissances et mon expérience dans le cadre de ces entretiens appelés encore « soins relationnels »

Je ne crois pas que le terme « d'entretien infirmier » soit une bonne appellation. Je lui préfère le titre « Entretien conduit par un infirmier », et de plus « dans un Centre Hospitalier Spécialisé ». Il y a une différence sensible entre les entretiens conduits par un infirmier au CH et ceux conduits par un infirmier dans un CHS, où le relationnel fait partie essentielle du soin.

Dans le champ de la Pédopsychiatrie, c'est-à-dire, le plus souvent avec des enfants, l'acte de soin relationnel conduit par un infirmier est plus spécifique. Des collègues qui suivront lors de cet après-midi vous expliqueront tout cela.

En psychiatrie, nous écoutons beaucoup, et certains d'entre nous le font d'ailleurs souvent très bien, avec une véritable conscience professionnelle, mais sans toujours y voir dans quelle définition d'acte soignant cela se situe. L'écoute du patient existe dans tous les actes de soins, et puis nous savons tous écouter.

Il existe beaucoup de confusion dans les définitions concernant les entretiens. Je ne parle pas de la même chose lorsque je m'entretiens avec un patient pour connaître sa taille de pyjama, ce dont il peut avoir besoin lors d'une entrée, que lorsque je formalise dans un projet de soins, en accord avec l'équipe médicale des rencontres régulières, dans un cadre réfléchi et défini, que ce soit avec des enfants, des adolescents ou bien des adultes.

Dans l'opposition de ces deux exemples, on pourrait y mettre un point commun, c'est l'écoute, mais elle ne conduit pas à la même fonction :

- dans le 1<sup>er</sup> exemple : **c'est écouter pour prendre soin.**
- dans le 2<sup>ème</sup> exemple : **c'est écouter pour faire du soin.**

L'écoute, ce mot dérivé du latin populaire « escolter », signifie, un type de lien en terme marin « l'écoute ».

**Donc écouter, ce serait être en lien.**

Vous m'écoutez, là, maintenant, et donc vous êtes en lien avec moi. Mais est-ce pour autant que vous me soignez ? Non, bien sûr. Ce n'est pas l'écoute en soi qui fait soin.

Accueillir une personne en souffrance, l'écouter, c'est créer un lien qui va installer, au sein de la relation construite avec elle, un climat émotionnel singulier dans lequel l'acte de soins va pouvoir se créer.

Son but sera de permettre à la personne de retrouver un mieux-être, un espoir, d'avoir un sentiment d'être entendu et peut-être de disposer de choix.

La conduite d'un entretien d'aide, ce n'est donc pas simplement « écouter ». C'est « écouter » en référence à des concepts rigoureux. Ces concepts sont des moyens et des outils spécifiques, mis en œuvre par un soignant formé, dans un cadre défini dans le but de réduire la souffrance psychique.

Il est bien entendu nécessaire de définir le type d'entretien que l'on veut conduire auprès d'un patient. Il existe des pratiques différentes, selon la méthode et les concepts théoriques :

- entretiens médicaux
- entretiens comportementaux, cognitifs
- entretiens psychanalytiques
- entretiens familiaux
- entretiens humanistes, existentiels... etc.

Un entretien à l'admission d'un patient qui nécessite un recueil de données est différent d'un entretien dont le but est de diminuer la souffrance du patient. Ce 2<sup>ème</sup> type d'entretien doit reposer sur un ensemble équilibré de connaissances théoriques et d'expérience. La relation qui va alors se mettre en place s'appuie donc à la fois sur un processus, une manière d'être et sur une expérience personnelle suffisamment importante.

Je définis l'entretien d'aide dans une approche non-directive, centrée sur la personne. Je mise sur ses propres capacités à développer ses ressources afin qu'elle puisse se remobiliser et faire face à ce qui lui est difficile. J'accepte de ne pas savoir pour elle, à sa place. Je l'accepte dans toute sa singularité existentielle et je lui transmets ma compréhension de ce qu'elle veut bien me dire. Je m'appuie pour cela sur les concepts théoriques de Carl Rogers et des thérapies humanistes.

La souffrance psychique est variable d'un individu à l'autre mais nous pouvons mettre en corrélation un certain nombre d'éléments. Je citerai : angoisses, anxiété, peurs, mal-être, stress, souffrance, idées suicidaires, idées délirantes... etc.

Ce qui fait concordance entre ces différents éléments, c'est le sentiment d'un vécu désagréable, de résonances émotionnelles intenses et douloureuses et indépassables seul.

Les soins relationnels ont donc pour but de réduire ces émotions difficiles et de permettre à la personne d'accéder à un niveau de mieux-être pendant lequel elle pourra à nouveau se remobiliser et faire face.

#### **Alors, qu'en est-il de l'entretien conduit par un infirmier dans un centre hospitalier spécialisé comme le nôtre ?**

L'enseignement de l'écoute, de la relation d'aide et du soutien psychologique n'est plus vraiment au programme des études d'infirmières, laissant toute la place aux soins techniques.

C'est un domaine difficile à traduire et sûrement à enseigner. Cela demande une forme d'implication personnelle, et ce n'est pas ce choix que font aujourd'hui les écoles d'infirmières.

Mais cela ne correspond pas aux attentes du public, ni aux textes qui régissent la profession d'infirmier. Dans le cadre du décret de compétence du 11 Février 2002, dans son rôle propre l'infirmier peut réaliser plusieurs

types d'entretiens, définis comme "soins relationnels" :

- entretien d'accueil du patient et de son entourage
- entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation
- aide et soutien psychologique
- entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe, de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique.

Ces différents types de soins relationnels demandent de la part du soignant des qualités d'écoute, de présence à l'autre, dans une relation qui va devenir thérapeutique.

L'écoute du patient dans le cadre d'entretiens, l'expression de sa douleur morale et existentielle, vont lui faciliter l'accès à la compréhension de ce qui lui est difficile, et ainsi lui permettre de mieux accepter l'accompagnement thérapeutique associé tel la prise de médicaments, évitant peut-être ainsi une trop grande dépendance au chimique. Nous savons tous que la dépendance amène toujours plus de dépendance...

Dans certaines situations d'urgence, réduire l'anxiété d'un patient avec un médicament est la meilleure chose à faire. Mais cela ne doit pas remplacer un entretien avec le patient pour lui permettre de chercher le sens et la cause de cette anxiété. De lui donner la possibilité d'exprimer les émotions sous-jacentes comme les pleurs, la peur, la colère... Que sa souffrance psychique puisse s'extérioriser et ne pas être étouffée ! La sédation d'une pointe d'anxiété par un médicament n'est pas la dissolution de cette anxiété par une relation dans le cadre d'un entretien d'aide. La seule possibilité de se libérer véritablement d'une émotion, est de la ressentir. C'est cette expression verbale du patient, de ses émotions et de ses affects douloureux qui vont lui permettre d'atteindre cet état de mieux-être.

*L'entretien d'aide est une situation de communication caractérisée par les éléments suivants :*

- 1- Il y a en principe 2 interlocuteurs (parfois 3).
- 2- La relation est dissymétrique.
- 3- La communication a un objectif explicite.
- 4- Le temps de la communication est souvent limité de façon explicite.
- 5- Ce n'est pas une discussion, ni une conversation, ni un interrogatoire.

Il s'agit d'une situation provisoire d'interactions et d'influences essentiellement verbales, entre deux personnes en contact direct avec un objectif préalablement posé, une forme choisie et une demande.



## 1. L'objectif... cela peut donner

- un entretien d'accueil
- un entretien de recueil de données
- un entretien d'aide et de soutien psychologique
- un entretien à visée psychothérapique

## 2. La forme... qui peut être :

- directive : le cas le plus habituel. Il s'agit le plus souvent d'un interrogatoire avec parfois des questions prédéfinies,
- semi directive : il s'agit alors plus d'un recueil de données, lors de l'entrée d'un patient pour une hospitalisation par exemple.
- focalisées : celui qui conduit l'entretien impose successivement quelques thèmes mais s'efforce d'être non-directif à l'intérieur de chaque thème,
- non directives : l'écouter évite autant qu'il le peut les questions, les jugements de valeur, les conseils, les interprétations, la banalisation...  
« *L'entretien Centré sur la Personne* » est une modalité particulière de l'entretien non directif. (Dans ce cadre, la personne qui mène l'entretien évite de donner une quelconque direction au patient et évite de penser à sa place).

## 3. ... et enfin, la demande

Cette partie est importante. Rien ne peut être imposé ! Nous savons que sans demande il ne peut y avoir de changement, en tout cas pas de processus de changement chez la personne qui ferait qu'elle devienne capable de faire face seule, à sa vie et à ses difficultés.

Alors... L'ECOUTE...

Plusieurs points me semblent essentiels :

- l'accueil : je mettrai dans cet item la présentation, l'installation... l'intérêt à l'autre ! Dire et expliquer ce que l'on peut proposer...
- le lieu : pour écouter, il faut entendre et donc être au calme. C'est tout bête, mais c'est important
- la position : celle qui favorise l'impression d'égalité et donc de la coopération. En face à face sur un siège de même confort.
- le temps : il est important de savoir et de communiquer de combien de temps nous pouvons disposer ensemble.

Ensuite :

- s'intéresser à la personne du sujet et non au problème lui-même
- respecter le sujet et lui manifester une considération positive réelle,
- faciliter la communication en étant attentif aux messages conceptuels et affectifs du sujet et en les lui reflétant. Cela nécessite un respect chaleureux, une

compréhension empathique de la personne et une conscience du moment présent de la relation, ce qu'on appelle encore la congruence.

L'écoute compréhensive, au même titre que la capacité d'observer ce qui se passe dans l'ICI et MAINTENANT, est peut-être la clé d'un l'entretien d'aide.

Ce qui est thérapeutique, au sens de ce qui soulage la souffrance, c'est sûrement d'être à l'ECOUTE mais c'est surtout d'entrer en interaction avec quelqu'un qui chemine à vos côtés, à votre rythme, qui vous laisse pleinement la place qui vous revient et qui vous invite à aller plus loin, mais seulement si vous le souhaitez.

Selon C. ROGERS, « parler de ses propres problèmes dans une ambiance étudiée pour rendre l'attitude défensive inutile tend à clarifier les ajustements qui sont à réaliser et à donner une image plus claire des problèmes et des difficultés, à attribuer aux choix possibles leurs vraies valeurs et cela en fonction de ses sentiments ».

« Si nous pouvons admettre qu'écouter signifie être capable de reprendre ou de résumer ce que l'interlocuteur vient de dire, avec le sens exact que cela avait pour lui et en obtenant son accord, nous sommes obligés, sans doute, de penser que nous entendons souvent et que nous écoutons quelquefois ».

L'entretien conduit par un infirmier dans un CHS et au cours d'une prise en charge peut s'exprimer de multiples façons. Cette relation spécifique entre l'infirmier et la personne soignée peut être ponctuelle, d'intervention ou se vivre dans la durée à l'intérieur d'un processus d'accompagnement, ou... thérapeutique.

Ces « soins relationnels » dans la pratique quotidienne des services, peuvent être décrits suivant 4 items.

### 1- Les entretiens avec une personne en crise

C'est le cas d'une situation d'écoute d'un patient vivant un moment particulièrement difficile, angoissé, agité dans le but de calmer et retrouver un contact pour envisager une évolution dans le traitement.

### 2- Les entretiens de soutien psychologique

Il s'agit là d'entretien centré sur le vécu de la personne, sur ses difficultés, dont le but est de réduire le mal-être existant, ici et maintenant, de la soutenir à un moment précis

### 3- Les entretiens de relation d'aide

Qui s'organisent dans un projet de soins avec l'ensemble de l'équipe. Les entretiens sont ici plus formalisés, sont plus nombreux et réguliers.

### 4- Les entretiens psychothérapiques

Il s'agit là d'entretiens sur prescription médicale. Ils sont formalisés, structurés et organisés après concertation avec l'équipe.

La pratique de l'entretien telle que je viens de vous en proposer une lecture ne s'improvise pas.

L'écoute dans le cadre de soins relationnels ce n'est pas une simple technique à apprendre. **Il s'agit d'être et non de savoir-faire même s'il en faut...** du savoir-faire. La conduite d'un entretien d'aide ne se fait pas sur le mode du « ...comme je le sens ! ». Nous sommes à certains moments, et pas toujours quand on y est prêt d'ailleurs, interpellés dans notre propre équilibre devant la souffrance de nos patients.

Etre dans une pratique professionnelle de conduire véritablement un entretien d'aide suppose une formation longue et un minimum de connaissances sur soi, pour éviter de mélanger ses propres problèmes avec ceux du patient.

Il est à mon avis essentiel de faire le point sur sa propre histoire avant de pouvoir s'engager à écouter l'histoire des autres et de pouvoir les aider réellement. Il me paraît tout aussi important que les soignants qui conduisent ces entretiens puissent participer à des groupes de paroles, lieu d'expression de ses difficultés en tant que soignants.

Tout aussi important serait de pouvoir analyser sa pratique de l'écoute avec une personne ressource.

Tout cela demande une volonté réelle de mise en actions de formations, d'accompagnement et bien sûr de moyens financiers à la hauteur. Aujourd'hui les patients deviennent des clients, les praticiens et les cadres soignants des managers. La finalité de notre travail, c'est d'offrir à nos patients des soins de qualité. Le soin relationnel n'est pas rapide, les résultats ne sont pas immédiats, ni spectaculaires, c'est un travail de fond. C'est un travail qui nécessite à chaque rencontre un professionnel de l'écoute bien formé. Le résultat est plus rapide avec une molécule chimique. Mais l'économie réalisée se fait au détriment des personnes qui souffrent et qui n'ont plus comme possibilité que de surconsommer des médicaments psychotropes.

Aujourd'hui nous en sommes à des restructurations en cours avec le projet "Hôpital 2007 Nouvelle Gouvernance" qui vise à imposer à tous les hôpitaux publics les modes de gestion contraignants et de générer du profit. Il s'agit donc de développer les soins qui seraient rentables et d'abandonner les autres. Comme je le disais tout à l'heure, il faut du temps pour se former... et des moyens financiers conséquents. Mais le temps, c'est de l'argent, et de l'argent... y en a pas beaucoup ! Pas suffisamment pour se former aux soins relationnels. Ce ne sont pas des séquences sporadiques de formations qui peuvent suffire. Les jeunes infirmiers qui sortent des écoles sont en demande de formations et d'accompagnement de leur pratique. Donnons-leur les moyens d'accéder à une véritable compétence dans le domaine des soins relationnels...

C'est un des challenges que nous devons relever.

Je terminerai par un texte dont l'auteur est anonyme.

*"Quand je te demande de m'écouter et que tu commences à me donner des conseils, tu n'as pas fait ce que je te demandais ;*

*Quand je te demande de m'écouter et que tu commences à me dire pourquoi je ne devrais pas ressentir cela, tu bafoues mes sentiments ;*

*Quand je te demande de m'écouter et que tu sens que tu dois faire quelque chose pour résoudre mon problème, tu m'as fait défaut aussi étrange que cela puisse paraître ;*  
*Ecoute. Ce que je te demande, c'est que tu m'écoutes. Non que tu parles ou que tu fasses quelque chose, je te demande uniquement de m'écouter ;*

*Les conseils sont bon marché, pour quelques sous j'aurais dans le même journal le courrier du cœur et l'horoscope ;*  
*Je peux agir par moi-même, je ne suis pas impuissant, peut-être un peu découragé ou hésitant mais non important ;*

*Quand tu fais quelque chose pour moi, que je peux et ai besoin de faire par moi-même, tu contribues à ma peur, tu accentues mon inadéquation ;*

*Mais quand tu acceptes comme un simple fait que je ressens ce que je ressens (peu importe la rationalité), je peux arrêter de te convaincre, et je peux essayer de commencer à comprendre ce qu'il y a derrière ces sentiments irrationnels. Lorsque c'est clair, les réponses deviennent évidentes et je n'ai pas besoin de conseils ;*

*Les sentiments irrationnels deviennent intelligibles quand nous comprenons ce qu'il y a derrière... ;*

*Alors, s'il te plaît, écoute-moi et entends-moi".*

Avant de prétendre écouter une personne, mener un entretien, l'aider, apprenons d'abord à nous taire, c'est la meilleure façon de l'accueillir, d'accueillir sa parole, de lui faire une place.

Ensuite...

Et pour finir :

« Soyons animés par le souci de permettre à nos patients de découvrir combien ils sont habiles et créatifs plutôt que de les amener à percevoir combien nous sommes intelligents et compétents ».



## ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS ET DES INFIRMIERS

Le thème des entretiens infirmiers, retenu par l'association Croix Marine de Basse Normandie a semblé initialement intéresser les professionnels du CPO, quel que soit leur corps professionnel, mais il nous a été difficile de trouver, rapidement, des intervenants pour parler de leur pratique ; les gens rencontrés évoquant le fait qu'il était difficile d'en parler, « nous n'osons pas, nous ne nous permettons pas ». En quoi ce thème est-il difficile à traiter ?

Notre interrogation personnelle nous avait amenés à faire une liste de questions pour alimenter notre réflexion ; nous avons utilisé cette liste pour en faire un sondage auprès des infirmiers et une base d'interview ou d'entretiens avec les médecins. Le terme de « consultation infirmière » avait une valeur un peu provocatrice pour alimenter la réflexion. Ce recueil n'a pas de valeur scientifique, mais a permis un échange plus facile et va pouvoir alimenter notre réflexion commune de ce jour une quarantaine d'infirmiers ont répondu et 10 médecins.

Alors que nous pouvons avouer qu'initialement nous étions perplexes sur le silence obtenu, nous avons eu beaucoup d'intérêt et de plaisir même à étudier ces éléments qui nous ont semblé très riches.

Nous allons donc vous citer les réflexions faites au cours de ce recueil, sans en faire de synthèse en espérant vous traduire toute la richesse.



**Dr Catherine RANVOIZE**  
**M. Jean-Louis FOUCAULT**  
Centre psychothérapique de l'Orne  
Alençon

### Enquête auprès des médecins

#### ■ COMMENT DÉFINIRIEZ-VOUS UN ENTRETIEN INFIRMIER ?

- Toute relation à visée diagnostique et/ ou thérapeutique effectuée par un infirmier vis-à-vis d'un patient et "une rencontre dont la parole est le centre, menée par un professionnel qui y analysera le contenu clinique et proposera une démarche d'aide"
- Ecoute de la plainte, recueil des symptômes, recueil et apaisement de la souffrance.
- Entretien structuré
- Conseil au patient, aide éducative, aide à faire face
- Disponibilité plus grande de l'infirmier, permettant une évaluation plus étendue peut compenser un savoir moins complet / médecin
- Préparateur de l'entretien médical : "ça m'aide"
- Complémentaire de l'entretien médical, en étant parfois plus riche
- Cela demande une certaine autonomie de l'infirmier
- Comment soigner sans la parole échangée ?
- Mériterait d'être mieux formalisé dans l'intrahospitalier
- Dans l'entretien à plusieurs professionnels (médecin, infirmier), souvent l'infirmier n'intervient pas et c'est frustrant.
- Notion d'infirmier référent

#### ■ QU'EN PENSEZ-VOUS ?

- Les EI sont à encourager, à institutionnaliser, à structurer : "ce n'est pas dire : je l'ai vu, mais de quoi a-t-on parlé, qu'est ce que l'infirmier en a fait, quelle réponse a été donnée"
- Utiles, nécessaires, la base du travail de l'infirmier en psychiatrie, outil central en psychiatrie de secteur
- Partie intégrante de la prise en charge

- "Ça me facilite la tâche" : "ça me donne une petite idée avant, je fais confiance, je prends le relais"
- "Les anciens infirmiers sont compétents, les jeunes infirmiers n'en font pas ou moins : ont-ils peur de travailler tout seuls ?"
- Les infirmiers en psychiatrie étaient plus formés à la prise en charge de la psychose "ils nous apprenaient des choses"
- Il manque la formation d'infirmier psychiatrique où l'on apprenait la patience
- Complémentaire du temps médical ; le travail de psychiatre ne peut avoir de valeur s'il n'est pas associé au travail infirmier
- Ils sont trop mal définis, de ce fait, ils ne trouvent pas leur place
- Pas assez formalisés, insuffisants en nombre
- Il y a moins d'accompagnement du patient
- Articulation nécessaire avec le reste de l'équipe.

#### ■ LE TERME DE CONSULTATION INFIRMIÈRE

- "Ce n'est pas dans notre vocabulaire", "c'est un terme médical..."
- "Pourquoi pas, mais pourquoi faire ?"
- "Revendication statutaire ?"
- "Convient mieux en extra, dans les permanences d'accueil"
- "À l'évidence, les EI en CMP ou aux urgences sont des consultations ; il y a une évaluation, un diagnostic et une orientation sous forme de conseil"
- "Oui, car débouche sur une évaluation clinique et une orientation thérapeutique"
- "La consultation infirmière demande une certaine autonomie, permet l'évaluation d'une problématique et peut déboucher sur une proposition d'aide"
- "Leurs connaissances leur permettent d'avoir une autonomie, de poser un diagnostic"
- Fait appel à une compétence que tous n'ont peut-être

pas. À la conférence des présidents de CME, s'est posée la question de la reconnaissance d'une spécialisation en psychiatrie (une 4<sup>e</sup> année comme pour les infirmières puéricultrices).

(Nota bene : les médecins n'utilisent pas le terme de diagnostic infirmier)

#### ■ INDICATION ET DÉCISION D'UN ENTRETIEN INFIRMIER

- Les médecins donnent dans l'ordre de priorité : le patient, l'infirmier puis le médecin
- "Ponctuellement, à la demande d'un patient, à l'initiative d'un infirmier, à la demande d'un médecin"
- Pour certains, le médecin peut proposer, mais ne peut décider
- Il n'y a pas besoin d'une prescription médicale
- C'est l'infirmier qui décide si c'est réalisable ou si c'est intéressant
- L'infirmier seul, peut prendre la responsabilité d'accepter
- Pour un médecin, "dès qu'un patient s'adresse à un infirmier dans le cadre d'une unité de soins, l'infirmier doit être en situation d'entretien"
- Notion d'accord de principe du responsable de l'unité ou de cadre institutionnel l'autorisant
- Nécessité pour l'infirmier de pouvoir trouver conseil auprès d'un psychologue ou d'un médecin
- "Les infirmiers ont demandé à faire les premiers accueils en binôme, car cela peut être très dur"

#### ■ BUTS D'UN ENTRETIEN INFIRMIER

- Par délégation, faute de temps du médecin, pour veiller sur un patient
- Compléter l'observation médicale
- Quand doute sur le diagnostic
- Avis complémentaire sur la clinique ou le diagnostic, le patient peut dire plus facilement à l'infirmier qu'au médecin
- Exploratoire ou psychothérapique
- Repérage de nouveaux signes
- Soutien dans l'urgence
- Accueil d'une première demande et évaluation
- Assurer un support pour un patient psychotique chronique, à sa sortie
- Ecoute de la plainte, recueil de symptômes, recueil et apaisement de la souffrance (dans le cadre des hospitalisations)
- Aide éducative, écoute et conseil, c'est-à-dire soutien au sujet (dans un projet de soins bien établi)
- Evaluation psychiatrique et d'une souffrance (dans le cadre de la psychiatrie de liaison)
- Travail de soutien psychologique, d'aide à la clarification d'une situation, peut aller selon la compétence jusqu'à quelque chose de voisin d'une psychothérapie ; travail d'élaboration
- Les buts sont aussi variés que possible, en fonction de l'évaluation de la demande sous-jacente et des limites de la fonction d'infirmier

#### ■ QU'EST-IL FAIT DE CET ENTRETIEN, DE SON CONTENU ?

- Pas assez exploités, pas assez mis en valeur
- Trace écrite dans le dossier, il faut qu'il soit lu
- Echanges entre professionnels dans les réunions où l'infirmier peut parler
- Le contenu est retransmis au médecin
- Il est déposé dans l'observation et donc servira à l'élaboration clinique d'ensemble
- Selon son but : en hospitalisation, il sera restitué aux autres membres de l'équipe. S'il s'agit d'un entretien d'évaluation, utilité ou nécessité de le restituer à un "superviseur" qui est souvent le médecin ou le psycho (remarque : les médecins ne le font pas)
- Régulation nécessaire pour les infirmiers car plus grand nombre, plus grand risque de dérapage. Les médecins ont une formation plus "rigide" qui évite et protège du risque de "copinage-proximité" ; nécessité pour les infirmiers de se présenter clairement et de préciser aux patients qu'ils parleront du contenu en réunion
- Quelques éléments sont tracés dans le dossier. Beaucoup d'autres restent dans la tête de l'infirmier et il lui appartient de les travailler et de les élaborer. Dans certains cas, on en discute en synthèse. Les entretiens ont leur logique propre. En aucun cas, l'infirmier ne doit devenir une boîte à lettres

#### ■ Y A-T-IL DES OBLIGATIONS OU NÉCESSITÉS DE CADRE ?

- Nécessité d'une méthodologie : que faire des informations recueillies ?
- Nécessité de le structurer en fonction de son contenu (exemple : entretien de conciliation, étude clinique)
- Fait dans la discrétion
- Respecter l'intimité du propos du patient
- Un patient + un infirmier + une ambiance de bienveillance
- Dans le calme, hors moment de crise, en relation duelle +++
- Déontologie (?)
- Il ne faut pas tout formaliser (cf. entretien-clope)
- Le cadre compense le risque de débordement pour l'infirmier, car le patient s'adresse différemment à l'infirmier " il est un peu plus comme moi"
- Dans un bureau, lieu précis. Nécessité d'un certain nombre de règles (qui ne sont pas citées). Doit pouvoir relater son entretien
- Oui et il faut s'y tenir : durée de l'entretien, ne pas excéder 1/2 h à 3/4 h ; même lieu, périodicité à fixer.

#### ■ Y A-T-IL BESOIN D'UNE FORMATION SPÉCIFIQUE ?

- De bonnes connaissances cliniques de base
- Peut-être nécessaires pour les jeunes infirmiers ; les nouveaux infirmiers ont l'air d'avoir une trouille bleue
- La formation c'est une expérience bien organisée et élaborée ; les anciens ont appris par l'expérience
- Il faudrait développer une formation à la relation



## Enquête auprès des médecins (suite)

- Les entretiens en double pourraient servir de formation
- Ce serait une reprise de la clinique et la participation à des entretiens menés par des collègues plus expérimentés : "rien ne vaut le vécu" ; désir de le faire, l'envie d'apprendre, la curiosité.
- Danger que l'infirmier devienne un technicien : "on ne parle plus aux gens", "je suis triste... Allez voir l'infirmier psy"
- Nécessité de connaissances psychopathologiques plus intenses ; au total ; meilleure formation psychopathologique et de la jugeote
- Le plus important : la capacité interne ; les entretiens infirmiers ne peuvent être faits par tous les infirmiers. Les IDE doivent être intéressés, ils se seront documentés par eux-mêmes et auront des compétences internes pour l'accueil de la souffrance psychique. Une formation spécifique est un plus, mais d'autres qualités passent avant.
- Crainte d'une formation à l'entretien standardisé qui nuirait à la qualité
- La formation de base permet d'assurer un "service minimum", l'expérience améliore les choses, mais il y a tout à gagner à suivre une formation spécifique.

### ■ COMMENT SONT VÉCUS LES EI PAR LES COLLÈGUES, LES AUTRES PROFESSIONNELS ?

- La reconnaissance revient au fait de savoir si on travaille dans le même sens ; il faut une bonne base théorique commune
- Il y a un risque de rivalité si les places ne sont pas respectées
- En psy, ce sont des équipes, on doit se compléter. Question du respect de l'autre
- Le conflit de rivalité avec les psychos est peut-être moins vif
- Ils ne sont pas reconnus en tant que soin, mais uniquement pour récupérer des renseignements
- La véritable reconnaissance doit être pratique = lire et entendre
- Les EI sont plus reconnus dans les PEC que pour les entretiens d'accueil
- Les médecins généralistes commencent à comprendre et à admettre les compétences infirmières

### ■ LES EI PEUVENT-ILS INTERFÉRER (MODIFIER LE DÉROULEMENT OU LE CONTENU) AVEC D'AUTRES ENTRETIENS ?

- Ils sont complémentaires sauf si on déborde de son rôle
- Ils peuvent changer la façon de voir du médecin
- Il est important de définir lors des réunions de synthèse pluridisciplinaires, qui fait quoi
- Oui, dans le sens positif, presque jamais dans le sens négatif, sauf si le transfert et le contre-transfert sont mal gérés ; quand on en parle, cela arrange les choses

- Non, si chacun travaille dans ses limites et que le travail clinique est élaboré en partageant les matériels
- Oui, par leur complémentarité, ils peuvent diminuer la fréquence des entretiens médicaux ; ils peuvent favoriser la cohérence d'une prise en charge ou l'inverse, ils peuvent garantir la qualité des autres entretiens.

### ■ LE TERME DE PREMIER ENTRETIEN OU DE PREMIÈRE FOIS CACHE-T-IL UNE CONSULTATION ?

- Sur 10 médecins, 2 répondent que non
- 6 répondent que oui : les EI de première intention sont des consultations ; il est celui qui oriente la prise en charge future
- 1 médecin préfère le terme utilisé dans son institution : entretien d'évaluation
- Et un médecin nous dit : "une première fois, c'est aussi important qu'un rendez-vous galant".

### ■ QUE PEUVENT DIRE LES PATIENTS AU SUJET DES EI ?

- Ils trouvent cela naturel
- Ils en redemandent
- Ils en parlent peu, sauf dans les endroits où c'est très formalisé (urgences, CMP). Les EI sont reconnus des patients là où les infirmiers sont bien individualisés
- "Ça m'impressionne : c'est toujours l'entretien médical qui prime aux yeux des patients, même si l'entretien infirmier a pu être thérapeutique ; mais les patients peuvent être reconnaissants à l'infirmier, d'un entretien infirmier"
- Ils sont toujours très contents
- Ils évoquent souvent l'avancée du travail qui se fait ; ils donnent quelques points de repère s'ils le jugent utile.

### ■ AVEZ-VOUS FAIT UNE FORMATION AUX ENTRETIENS ?

- 1 médecin n'a pas répondu à la question
- Pour 1 médecin, la formation aux entretiens était incluse dans sa formation de base de psychiatre (formation faite à l'étranger)
- 1 médecin a fait une formation théorique aux entretiens
- 3 répondent non, l'un d'entre eux précisant par écrit et entre parenthèses ("eh oui, c'est un peu curieux, mais c'est comme ça")
- Les autres expliquent qu'ils ont fait une formation pratique en assistant aux entretiens de leurs aînés ou par des reprises de leurs propres entretiens avec des anciens, sur le mode de l'apprentissage
- 2 médecins ont fait des formations spécifiques à la relation qui ont un impact sur leur mode d'entretien.

## Enquête auprès des infirmiers

### ■ COMMENT DEFINIRIEZ-VOUS UN ENTRETIEN INFIRMIER ?

- C'est un soin, un soin privilégié entre un infirmier et un patient.
- C'est un soin infirmier, c'est le rôle propre de l'infirmier.
- C'est un temps d'échange entre le soignant et le patient.
- Un moment d'écoute. Une rencontre. C'est écouter, c'est plus un entretien d'aide.
- Le patient peut s'exprimer, c'est un temps de parole (ce qui revient le plus souvent "le soin infirmier et le rôle propre de l'infirmier")

### ■ QUE PENSEZ-VOUS DES ENTRETIENS INFIRMIERS ?

Technique de soins essentielle, indispensable et nécessaire (retrouvé dans la plupart des questionnaires), ensuite on retrouve utiles, un premier étayage, une complémentarité, un plus à la consultation médicale (prend le relais aux entretiens médicaux), plus spontanés, formels que les entretiens médicaux et enfin la place de la parole.

### ■ QUE PENSEZ-VOUS DU TERME : "CONSULTATION INFIRMIERE" ? COMMENT DEFINIRIEZ-VOUS CE TERME ?

- Beaucoup de non, des points d'interrogation, mais aussi, pas correct, pas sérieux pour les infirmiers.
- Les réponses plus développées affirment que les consultations infirmières ne peuvent s'inscrire que comme un acte ponctuel, le patient vient y chercher un avis, un conseil, une explication. D'autres précisent qu'elle n'a de sens que lorsqu'elle permet de repérer les symptômes et de définir une orientation.
- Lu également : qui laisse entendre celui qui sait (savoir médical), opposé à celui qui reçoit (rôle passif), préférence pour le terme entretien ou la parole circule plus librement, ou l'entretien se joue sur l'échange.
- La consultation fait davantage référence au rôle médical, ou risque de confusion pour le patient.
- Quelques oui qui pensent que c'est une reconnaissance, autonomie professionnelle de l'infirmier au service du patient, terme qu'on peut utiliser au CMP, CATT.

### ■ COMMENT DECIDE-T-ON D'UN ENTRETIEN INFIRMIER ?

- La plupart des réponses précisent que c'est à la demande du patient ensuite vient par ordre décroissant, prescription médicale, l'infirmier lui-même, c'est inscrit dans le contrat de soin et enfin quand une personne est en détresse psychologique ou émet tout simplement le besoin de parler, d'être écouté, de se détendre.

- Ensuite viennent les entretiens planifiés d'accueil au CMP et en VAD, au cours d'une hospitalisation lors de l'arrivée.
- Quelques réponses comme à la demande des services sociaux ou de la psychologue

### ■ QUI PEUT FAIRE L'INDICATION D'UN ENTRETIEN INFIRMIER ?

- Réponses très courtes, comme : cela fait partie du rôle de l'infirmier ou c'est l'équipe avec toujours entre parenthèses médecin -infirmier.
- Dans l'ordre le plus cité on retrouve en premier : prescription médicale ensuite l'équipe, les infirmiers, le patient, les partenaires sociaux (a.s - tuteurs) et pour terminer les familles et la psychologue.

### ■ QUEL(S) BUT(S) PEUT AVOIR UN ENTRETIEN INFIRMIER ?

La réponse la plus retrouvée et l'évaluation, puis vient l'écoute, la réassurance, le soutien, l'orientation vers le psychiatre ou la psychologue et pour terminer le « recadrage »

- De nombreuses réponses étaient argumentées, je vous livre les plus citées :
  - créer un climat de confiance, rassurer
  - évaluer le mal être du patient, sa demande
  - permettre au patient de pouvoir "poser" des situations trop lourdes à porter seul
  - dédramatiser une situation
  - désamorcer l'angoisse
  - maintenir des liens avec son environnement social, prévenir, éviter et réduire l'hospitalisation.

### ■ QU'EST-IL FAIT DE CET ENTRETIEN, DE SON CONTENU ?

- Nous utilisons des feuilles d'observations qui sont dans le dossier de soin du patient, réponse la plus répandue. Ensuite, repris lors des réunions de synthèse, du travail d'équipes, puis doit servir à préparer le prochain entretien
- Quelques réponses comme : ça peut être un moment privilégié - tout ne doit pas forcément être rapporté (confiance du patient) ou en tout cas pas sans le prévenir, puis revu en régulation avec un psychologue.

### ■ Y A-T-IL DES OBLIGATIONS OU DES NECESSITES DE CADRE POUR UN ENTRETIEN INFIRMIER ?

- Ce qui revient le plus souvent et de définir un temps puis limiter ce temps (la 1/2 heure l'emporte), puis revient le lieu qui doit être calme, sans interférence à l'écart du bruit, si possible dans un bureau. Mais, parfois l'état psychologique de certains nous oblige à modifier le cadre (couloir, chambre). Aussi, pas perdre de vue qu'il y a un début et une fin, partager et réfléchir avec les collègues, l'équipe. Le rythme (fréquences) doit être défini et préférence à un infirmier « 2, générer les confidences »



- Vient ensuite le fait d'informer le patient du secret professionnel, de la confidentialité, de se présenter ainsi que la structure.
- Puis un non avec "il faut s'adapter au patient".

## ■ Y A-T-IL BESOIN D'UNE FORMATION SPECIFIQUE POUR MENER UN ENTRETIEN ?

- Réponses affirmées et controversées, avec des non catégoriques au oui indispensables et au bien évidemment.
- Pour les partisans du oui j'ai relevé « sinon on n'appelle ça du bavardage » et « on part d'où pour arriver ou », pour les non, le plus écrit « cela fait partie du rôle propre de l'infirmier »
- J'ai lu à plusieurs reprises le fait d'avoir une bonne connaissance des pathologies, que la formation aux entretiens existait et qu'il était préférable d'être formé, mais aussi « par contre le sens relationnel est inné et ne peut faire l'objet d'une formation.

## ■ COMMENT SONT VECUS LES ENTRETIENS INFIRMIERS PAR LES COLLEGUES, LES AUTRES PROFESSIONNELS ?

- De nouveau des réponses différentes, du : il semble qu'ils soient reconnus par l'ensemble des professionnels à plus ou moins reconnus, plus ou moins bien vécus, oui notre médecin nous encourage, c'est une complémentarité dans la prise en charge, ils sont indispensables et essentiels, au mal vécus parfois par les psychologues, comme si on empiétait sur leur terrain.
- Bien vécus s'ils sont reconnus par le cadre infirmier et le médecin.

## ■ SONT-ILS RECONNUS PAR LES AUTRES PROFESSIONS DES SERVICES DE SOIN ?

- Moins de réponses et variées dans l'interprétation de cette question, réponses courtes :
- Oui
- Espérons que oui
- Oui dans ma pratique
- Oui et non (nous sommes en Normandie), certains n'y attachent pas une réelle importance, quelquefois ils passent même inaperçus, car les professionnels en question pensent que ce sont de simples transmissions infirmières.
- Pas toujours
- Je ne sais pas
- Parfois réponses plus longues comme : "oui, car les autres professionnels socio-sanitaires ne peuvent répondre d'une façon favorable à la souffrance psychique d'où l'importance de la spécificité de la formation en psychiatrie".

## ■ LES ENTRETIENS INFIRMIERS PEUVENT-ILS INTERFERER (MODIFIER LE DEROULEMENT OU LE CONTENU) D'AUTRES ENTRETIENS ?

- Enormément de réponses à cette question et pour la majorité c'est le non qui s'impose avec des arguments :
  - si le cadre est bien posé au départ l'entretien infirmier est tout à fait complémentaire aux autres entretiens et n'interfère pas négativement
  - certainement utile dans la mesure où un lien s'est déjà créé, la relation avec le thérapeute peut-être plus « facile » sur le terrain de la confiance
  - non, mais faciliter les échanges pour d'autres entretiens avec le médecin ou le psychologue
  - ça demande une bonne coordination d'où l'intérêt d'organiser des rencontres entre équipes
  - non, chaque entretien est différent selon la formation de base de celui qui le conduit
  - chaque entretien à sa spécificité (on parle d'entretien infirmier)
  - si c'est dans un cadre bien précis
- Et un oui, "ils peuvent interférer lors d'une prise en charge psycho".

## ■ LE TERME DE "PREMIER ENTRETIEN" OU "DE PREMIERE FOIS" CACHE-T-IL UNE CONSULTATION ?

- **Peu de réponses et pas développées**
  - pas de réponse ou point d'interrogation
  - je ne comprends pas le sens de cette question
  - pas forcément, nécessairement, du mal à situer ce terme
  - non, un entretien infirmier ne cache pas une consultation, terme réservé au médecin
  - non, mais on peut parler de consultation dans la mesure où la personne vient ou recherche des conseils, un avis sur une situation
  - quelques "oui", c'est plus vrai au CMP, CATTP.

## ■ QUE PEUVENT DIRE LES PATIENTS AU SUJET D'UN ENTRETIEN INFIRMIER ?

- J'ai retrouvé le plus souvent de la part des infirmiers :
  - ça rassure, dédramatise, aide
  - ça entraîne un soulagement, un bien être
  - on se sent écouté, notre parole prise en compte, mis en confiance.

Mais aussi :

- Tous les patients interrogés en tire que des bienfaits, qu'ils en ont besoin, qu'ils s'expriment librement, que ça relance l'investissement du patient dans le projet de soin. Le patient se sent plus acteur des décisions prises à son sujet s'il peut en discuter, en parler aussi avec l'infirmière. Ils sont peut-être plus libres pour parler parce que nous ne prescrivons pas et nous sommes plus présents dans le service.
- Quelques réponses de patients interrogés ; à propos de "que pensez-vous des entretiens infirmiers" ?
  - il n'y en a pas
  - discussions superficielles
  - on parle plus avec les aides-soignantes et les femmes de ménage

- manque de chaleur, beaucoup ne sont pas à la hauteur
  - certains (infirmiers) ne sont pas à l'aise, ils coupent la conversation
  - il faut que l'infirmier soit à l'écoute de la personne, ça à voir avec le vécu.
  - C'est se mettre dans une pièce et parler quand quelque chose ne va pas.
- Et la phrase de la fin retrouvée sur un questionnaire "merci d'avoir pris le temps de m'écouter".

## Conclusion

Avant d'entamer notre débat, nous voudrions remercier le personnel soignant, qui a pris le temps de répondre consciencieusement et de manière exhaustive à notre questionnaire. Nous sommes d'autant plus ravis qu'en ce jour, vous êtes nombreux, intéressés, curieux de participer à cette journée, présence qui nous permettra

ensemble d'apporter des réponses, et pourquoi pas de lever les doutes et les a priori de chacun quant à la pratique des soins infirmiers.

Néanmoins, si l'ensemble des réponses ont alimenté la réflexion, certaines zones d'ombre subsistent parmi lesquels on peut noter :

- Solitude et lourdeur de l'exercice, voire pénibilité qui ont peu été évoquées et nécessitent le recours à la notion d'équipe pour partager.
- L'entretien infirmier est bien présent, mais demande à être mieux reconnu par les non infirmiers et peut être formalisé pour être valorisé.
- On a évoqué essentiellement sa forme et sa place dans le secteur de psychiatrie, un peu moins sa technique et son contenu.

Aussi, ces points demeurent centraux dans la conduite des entretiens infirmiers, et méritent eux aussi d'être débattus.



## LA RÉUNION SOIGNANTS-SOIGNÉS : un vieil outil au service de jeunes professionnels en psychiatrie

### Présentation de chacun

**A. GERARD** : J'ai été diplômée en tant que psychologue clinicienne en 2001 et je travaille dans le service de psychiatrie adulte de l'hôpital de Vire depuis 2002. En ce qui concerne le thème de cette journée sur la transmission des savoirs, je peux dire que je suis une "jeune" praticienne mais formée par un "vieux" praticien et encore maintenant puisque j'ai la chance de pouvoir travailler avec lui au quotidien.

**J. MARIE** : Cadre Infirmier diplômé en 1995 (premier nouveau diplôme) après 16 mois de médecine d'urgence, j'ai travaillé 5 ans et demi comme infirmier dans un service d'entrants de psychiatrie (2 ans et demi à Tours et 3 ans à Vire). Puis j'ai fait la formation de cadre en 2002/2003. J'ai commencé cadre en long séjour gériatrique à Vire pour revenir à l'UHTP (unité d'hospitalisation temps plein) en juin 2005.

### Descriptif de la réunion soignants-soignés

Il est difficile pour nous d'avoir un regard objectif sur la réunion puisque c'est un outil que nous avons repris sans avoir la vision des anciens, ni le sens que les soignants lui donnaient.

À Vire cette réunion a commencé en 1997 lors de la refonte des services de psychiatrie et à la création de l'UHTP sous l'impulsion du Chef de service. Cela faisait partie intégrante du projet de service mais à cette



époque elle avait lieu une fois par mois et elle n'était animée que par le cadre. Il s'agissait de discuter de la vie du service et de préparer les activités à venir dans le mois. Elle était obligatoire et avait lieu dans la salle commune ce qui avait l'inconvénient pour les soignants d'être dérangés par la porte, le téléphone et la gestion des visites. Le cadre était difficile à tenir puisque les soignants se levant souvent, les patients avaient du mal à rester en place.

### Mme A. GERARD

Psychologue  
**M. J. MARIE**  
Cadre Infirmier  
Hôpital de Vire

Aujourd'hui cette réunion a changé puisque nous nous la sommes appropriée et avons fait des changements depuis 2002. Désormais elle a lieu une fois par semaine à jour et heure fixes dans l'unité temps plein dans un endroit clos du service afin de ne pas être dérangés. Tout le monde peut y assister autant les patients que les soignants. Elle est basée sur le volontariat des personnes. Elle dure entre 3/4 d'heure et une heure et se divise en deux temps.

Pendant 10 à 15 minutes on parle du fonctionnement du service, c'est le moment pour les patients de dire ce qui va et ne va pas, s'ils ont des questions à poser ou des



choses à dire. Il en va de même pour les soignants. Régulièrement M. Marie rappelle certaines règles du fonctionnement de l'UHTP et fait passer des informations sur le service. C'est un moment d'échanges privilégié où les soignants peuvent apporter des réponses aux patients ou simplement écouter les remarques de chacun.

L'innovation principale est dans le deuxième temps de la réunion. On consacre environ 30 minutes à une **discussion libre** à partir d'un thème qu'on laisse choisir aux patients. Le thème peut concerner le service mais peut aussi ne rien avoir à faire avec l'hôpital ou la maladie. Ca va en général d'un fait d'actualité à l'écologie en passant par les activités que l'on pourrait proposer dans le service. C'est un moment d'échanges d'idées, de points de vue et d'ouverture sur l'extérieur, ce qui est une porte ouverte dans un service fermé.

Par contre il y a **deux règles** : tout d'abord, les patients ne parlent pas de leur vie privée et des raisons pour lesquelles ils sont hospitalisés car ce n'est pas un groupe de parole et deuxio que les gens qui ont décidé de participer à la réunion restent jusqu'au bout pour éviter les allées et venues.

A l'issue de la réunion un compte rendu est rédigé de façon anonyme et diffusé à l'ensemble du service (médecins, infirmiers, cadres, etc.) et est affiché dans l'unité pour que les patients qui n'ont pu assister à la réunion puissent s'informer de ce qui a été dit. Et puis comme un des principes de la réunion est de parler du service, de la vie en collectivité il est important que chacun puisse prendre connaissance du contenu de la réunion.

## Les aspects positifs de la réunion

- C'est un espace de parole, libre, avec des règles mais libre puisque chacun peut s'exprimer. Il ne faut pas confondre cette réunion avec un groupe de parole.
- C'est un espace de médiation entre patients mais aussi entre patients et soignants. C'est un "baromètre" de l'atmosphère du service.
- C'est avant tout un outil clinique car au-delà des revendications matérielles des patients, c'est une libération des tensions et de l'agressivité qui opère. La partie fonctionnement permet de focaliser, de donner un contenant réel aux tensions, un moyen de décharge pulsionnelle. Les pulsions agressives se trouvent cadrées voire presque "sublimées" dans le sens déviées vers un but plus acceptable qu'agresser d'autres patients ou des soignants. C'est un outil clinique aussi puisqu'il peut être un indicateur du mode de fonctionnement des patients : les pulsions sont-elles élaborées ou sont-elles juste déchargées de façon primaire ? Parler du service revient à parler de soi car on parle toujours de soi finalement. Certains traits cliniques ressortent, on peut avoir une ébauche de tableau clinique parfois.

Enfin la réunion permet de voir comment les patients se positionnent dans le groupe et donc dans la société. Il y a deux règles claires, sont-elles respectées ou transgressées ?

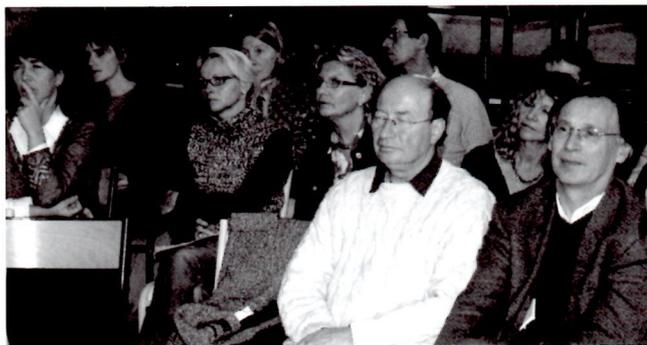
- C'est un outil qui peut avoir un sens éducatif car la parole des patients est importante puisqu'elle est retranscrite (même si c'est de façon anonyme) dans un compte rendu. Dans l'unité ou à l'extérieur, la parole de chacun que l'on soit soignants ou soignés, a de l'importance, on s'engage dans ce que l'on dit. Des décisions concernant le service ont été prises pendant la réunion notamment par rapport à la prise de traitement.

## Les difficultés rencontrées

- Elles ont surtout été au niveau organisationnel. En effet, il a été difficile de trouver le bon créneau horaire pour tout le monde (les médecins le matin, les visites l'après-midi).
- L'implication est plus ou moins importante en fonction du personnel soignant et des patients hospitalisés au moment.
- Le caractère répétitif de certaines remarques sur le fonctionnement peut démotiver certaines personnes à revenir à la réunion. Mais on se rend compte que lorsque la réunion est suivie de façon régulière, il y a beaucoup moins de critiques sur le fonctionnement.
- La dynamique de groupe varie en fonction de l'âge et des pathologies des patients présents à la réunion.

## Conclusion

Qu'est-ce que l'on pense de cet outil en tant que jeunes professionnels ? La réunion soignants-soignés est un outil positif pour la psychiatrie puisqu'il permet d'atténuer les tensions. On constate que le climat du service est plus serein et qu'il y a moins d'agressivité latente ou même de passages à l'acte. C'est un outil qui a sa place au niveau institutionnel et que l'on soit jeune ou vieux praticien la question n'est pas au niveau de l'âge mais au niveau du sens que l'on donne à cet outil. A ce propos nous constatons que bien souvent ce sont les jeunes diplômés qui s'investissent dans cette réunion et non pas les anciens infirmiers alors que ce sont eux qui l'ont mis en place. La question reste ouverte et nous vous la soumettons en ouverture de débat.





## JE ME SOUVIENS... DE L'INTÉRÊT DE L'ENTRETIEN INFIRMIER EN PSYCHIATRIE



### Dr. Patrick ALARY

Psychiatre  
Praticien hospitalier  
Médecin Chef  
Fondation Bon Sauveur  
Saint-Lô

Quand est venu le moment de préparer ce texte, j'ai eu le sentiment d'être comme coincé par un titre qui correspondait à l'humeur du moment où il m'avait été demandé. Un moment particulier, marqué par un sentiment né au retour d'un séjour récent au Burkina Faso où j'avais retrouvé ce qui m'avait amené à la psychiatrie publique, j'en dirai un mot par après.

Au retour, un décalage et la colère : qu'avons-nous fait de ce qu'on nous a légué, où menons-nous la psychiatrie ? Toute cette évolution, de Pussin à Pau, toute cette réflexion, retracée de manière contrastée mais aussi contradictoire par Michel Foucault ou Gladys Swain, tout cela se réduirait donc à l'émergence des protocoles, de la VAP, Valorisation de l'Activité en Psychiatrie, à la loi de la gestion et de l'acte standardisé au moindre coût ?

Que non !

Restait la nostalgie... "Je me souviens" d'un temps qui se voulait précurseur, où l'ensemble des soignants, sans prééminence hiérarchique, collaborait à l'émergence d'un sujet sortant de l'aliénation de sa psychose, citoyen retrouvant la cité et les liens sociaux...

Et puis, comme l'anorexique d'Avicenne, l'idée de ce propos est née d'un songe : sur un chemin tortueux et escarpé, des ombres aux visages familiers se relaient. Au bout du chemin, un village. Et, sur la place d'abord vide du village, se rassemblent en silence les relayeurs, souriants. Devant eux, une patiente anorexique, épanouie, celle qui m'a écrit il y a peu pour remercier l'équipe du travail qui lui a permis d'être aujourd'hui heureuse, et maman. Qui dit, je peux vivre sans vous, libre enfin...

Comment chacun a-t-il participé à cette libération ? Comment le transfert nécessaire pour accomplir ensemble le chemin a-t-il pu être traité ? Qui sont ces ombres aux visages familiers, maîtres ou collègues, médecins, infirmiers, psychologues, assistantes sociales ?

Et que partagent-ils qui concoure à ce que Bonnafé appelle guérir, "rêver d'un impossible rêve" ?

Ce sera le sujet de mon propos d'aujourd'hui, introduction à cette journée consacrée aux différentes facettes de l'entretien infirmier.

*Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens...  
Tu m'impliques, j'apprends !  
Benjamin Franklin*

J'ai commencé avec Benjamin Franklin, je poursuivrai avec Lucien Bonnafé : "Soignant et soigné, thérapeute et thérapeuté imminent vers un objectif dans la perception duquel ne s'efface jamais la vieille définition par le mythe du "retour à l'état antérieur"... si antérieur qu'on ne peut en saisir le sens qu'en évoquant, pour emprunter la parole de Jacques Lacan, "la hantise du paradis perdu d'avant la naissance et de la plus obscure aspiration à la mort". Toute cure, toute action soignante, comporte un travail de démasquage de l'aspiration à une existence sans problème et un dépassement de toute tendance à l'annulation des problèmes!".

Se souvenir, donc.

### 1- Je me souviens...

Élise Boulmer nous disait, lors de son intervention à Pontorson sur un thème voisin, l'écriture infirmière, que les infirmiers psy avaient eu du mal à élaborer leur propre culture du fait de leur dépendance au médical. C'est vrai, Pinel disparu, Pussin et ses collègues sont retournés à leur rôle de gardien à la demande de son successeur, Esquirol, pour qui Elise nous rappelait que "tous les domestiques doivent obéir sans répliquer devant leurs malades. Ils doivent céder aveuglément, cette obéissance inspire un esprit de docilité qui tourne à l'avantage du malade". Pourtant, aujourd'hui, on sait que Pinel et Pussin, ensemble, ont gagné la partie. Avaient gagné devrait-on dire ? Nous y reviendrons...

Le Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier dans son article 3 ne dispose-t-il pas que "l'infirmier identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers." Dans son article 13, il ajoute "En l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et



*signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.*

*En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état."*

*Je me souviens...* Revient alors en mémoire le jeune externe débutant au cours de sa première garde, face à sa première suture sur le beau visage blessé d'une jeune femme... Qui a posé les questions, assuré le diagnostic et proposé le traitement ? En 1973... Un infirmier. Qui a suturé, rassuré par cette présence ? Le jeune externe. Combien de patients ont-ils du leur salut à l'attention d'un soignant expérimenté, connaissant sur le bout des doigts les habitudes et les réflexes de son médecin référent, posant les bonnes questions à un patient chaque jour côtoyé, comprenant jusqu'à l'intime d'une souffrance indicible que l'oreille médicale ne pouvait entendre, un médecin parfois pour près de 400 patients... et soulageant cette souffrance par le mot ou la potion que ce médecin aurait sans nul doute prononcé ou prescrite... Et qu'il ratifiera peu après de manière souvent laconique, *"c'est bien, c'est ce qu'il fallait faire"*, viatique du soignant...

*Je me souviens...* Quelques années plus tard, en arrivant à Soisy sur Seine, siège de l'hôpital de l'Eau Vive où sont accueillis les patients du XIII<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, plongeant dans la psychothérapie institutionnelle. À l'entrée, ce n'est pas l'externe mais l'infirmier qui conduit le premier entretien, le relate au médecin, bien souvent l'interne, et le consigne dans le dossier où se suivent chronologiquement toutes les considérations soignantes, sans hiérarchie. Ainsi, se côtoient tous les professionnels dans un discours qui n'enferme jamais et qui donne un cadre structurant à la parole.

La clinique infirmière existe donc, proche mais différente de la clinique médicale, et elle fonde la relation thérapeutique tout autant que le travail du médecin ou du psychanalyste. À la condition qu'existent des lieux d'échanges, de palabres, de réflexion, d'élaboration, de régulation, de compréhension des phénomènes institutionnels, aussi signifiants que les symptômes eux-mêmes à la condition que les énoncés du patient soient aussi élaborés avec lui.

L'expérience est alors co-construite, comme on dirait aujourd'hui, mais demeure subjective, personnelle et collective, dialectiquement parfois même avec le patient qui, littéralement, nous instruit pour les autres (c'est ce que m'avait dit un jour un psychotique, *"vous croyez pas que je vous apprend"* ?).

Mais un corps ne peut être fait que de chair, il lui faut un squelette, ici fait de sémiologie et de théorie.

*Je me souviens...* À Alençon, certains ont sué sur la Lettre volée, le séminaire de Lacan, où la Brève histoire du temps, livre d'astrophysique de Stephen Hawking. Certains ont tenté, et souvent réussi je le confesse aujourd'hui, de répondre aux exigences cliniques et sémiologiques d'un jeune médecin assistant.

*Je me souviens...* À Saint-Lô, on utilise encore le Petit livre rouge, dictionnaire du vocabulaire de la psychiatrie demandé par Martine Quesnel, une surveillante qui voulait que soient rendus familiers ces termes alors obscurs, anosognosie, clinophilie, rationalisme morbide, dromosidérophobie et autres RBII, recherche de bénéfices secondaires...

Langage commun, savoirs différents mais complémentaires, but commun, le juste entre le légal et le bon si l'on suit Kant : *"l'objet de la volonté éthique, c'est la réconciliation du juste et du bien, c'est la construction, jour après jour, acte après acte du règne des fins, c'est-à-dire d'un monde dans lequel les êtres humains seront considérés comme des fins et jamais seulement comme des moyens, la réconciliation de la vertu et du bonheur... Être éthique, c'est accepter et vivre ce conflit du bien à faire et du devoir à accomplir, souffrir sans repos de ce conflit, jamais résolu, jamais réglé, toujours à remettre sur l'ouvrage. La conscience morale est une conscience in-quiète, (jamais quiète), elle ne peut trouver le repos"*... Et Jean Furtos rappelle qu'elle est aujourd'hui fortement malmenée, au mieux : *"les malades mentaux font partie des subjectivités blessées. La clinique est questionnée à partir de deux options contemporaines lourdes quant à leurs effets psychiques, celle de l'individu accompli comme valeur sociale et celle de la spirale de l'économisme comme nouvel ordre du monde, qui produit une précarité non réductible à la pauvreté. Dans cette perspective, peut-on concevoir une santé mentale "suffisamment bonne" qui consisterait en la capacité, pour un individu, de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non sans révolte?"*

*Je me souviens...* Nombre d'entre nous se sont engagés dans cette profession au nom d'un "idéal", est-ce désuet de le dire, d'une manière de voir l'homme, singulièrement l'homme souffrant et plus particulièrement du plus démuné d'entre eux, le malade mental. Il n'était pas encore un usager du système de santé voire un handicapé psychique. La clinique et la psychopathologie comme instruments de compréhension et de traitement de la souffrance psychique faisaient partie intégrante de cette exigence. Elles s'inscrivaient dans une perspective psycho-dynamique aujourd'hui malmenée. Elles nous renvoient à cette question du savoir, au cœur de la prise en charge de la maladie mentale : *"que me veut-il ?"* disait Lacan ; *"que peut-il me vendre ?"* répond le moderne histrion.

Car avec le Sujet Supposé Avoir de la société de consommation, libérale avancée, post moderne et soucieuse de profit, de rentabilité... et d'homéostasie, nous sommes passés d'une clinique du Sujet pensant, à une

nosographie de l'individu, usager agissant...

Dès lors, que peut-on dire aujourd'hui de l'institution et de l'institutionnel ?

## 2- L'institution : émergence du Sujet

En psychiatrie, le propre de notre activité est l'émergence d'un Sujet, sujet de soi-même observé par lui-même mais aussi par les autres, acteur et décideur de sa vie, existant socialement et psychologiquement. Le dispositif de soins vise à faire émerger, à promouvoir et à soutenir la complexité du Sujet, la clinique du Sujet, la diversité des approches cliniques et thérapeutiques, la reconnaissance et le soutien de la différence, de la singularité, de l'ineffable<sup>4</sup>.

La réflexion institutionnelle permet d'associer nos patients aux projets de soins pour favoriser l'émergence de positions subjectives et citoyennes, questionner sans cesse les modalités, les procédures et les dispositifs de soins, le rôle de chacun des intervenants de l'équipe face au patient, l'analyse des tensions et des conflits internes à chaque unité ou au secteur, les modalités de résolution de ceux-ci et réfléchir à la place du dispositif sectoriel dans la cité.

Il est nécessaire de maintenir les conditions d'un colloque singulier soignant-soigné, naturellement pour le médecin mais aussi pour tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire, afin de donner au patient les meilleures opportunités pour traiter son problème. Le travail institutionnel s'essaie à dépasser les clivages institutionnels, toujours préjudiciables au patient, à analyser les tensions<sup>5</sup> liées à la diversité des expressions pathologiques, limiter la violence, qu'elle soit d'origine pathologique ou secondaire à la contrainte qu'entraîne le déni parfois massif des troubles ou à ces mêmes tensions nées au sein de l'institution. Ici, on rappellera l'importance de l'analyse des contre-transferts institutionnels puisque, comme le rappelait Tosquelles, *"l'institution n'est pas une chose mais, d'une certaine façon, langage."*

Mais le milieu psychiatrique, à l'image de la société, est un lieu de contradictions qu'il faut gérer au profit de tous. Il faut donc permettre à tous les acteurs du secteur de créer les meilleures conditions possibles à leur exercice professionnel et favoriser l'interdisciplinarité et la complémentarité tout en respectant les différences, qu'elles soient professionnelles, personnelles, hiérarchiques ou liées à la grande diversité des formations de chacun. Sur ce dernier plan, c'est le développement de la reconnaissance mutuelle qui est privilégiée et non une "hiérarchie des pouvoirs" bâtie sur une pseudo "hiérarchie des savoirs".

Mais un Sujet, une institution ne vivent pas hors du temps et de l'espace. Ils s'inscrivent dans un discours, filet qui les structure, les organise et les fait agir : *"C'est à un double titre que les hommes sont tributaires de leurs*

*conditions d'existence : ils en dépendent directement par ses incidences économiques et sociales, indirectement par l'intermédiaire de la structure idéologique de la société"*<sup>6</sup>. Ainsi, l'idée de justifier l'utilisation de l'argent public, de donner des droits à chaque patient et de le considérer en tant que personne, que Sujet, a toujours habité les pionniers des transformations en psychiatrie. Mais, faire émerger un Sujet, c'est refuser de réduire la personne à un simple consommateur, fût-ce de soins, et le médecin et son équipe à de simples prestataires de services, fussent-ils de qualité.

À l'origine, à la fin de la guerre et de l'occupation, dans le grand élan de renouveau qui suit la libération, intervient une remise en question du sort fait aux malades dans un dispositif de soins archaïque et de projets novateurs, en même temps que la psychanalyse freudienne, qui envahit le champ socioculturel, pénètre le milieu médical.

La psychothérapie institutionnelle vise alors à répondre aux nécessités du traitement des psychoses graves, en particulier des états schizophréniques. Mais elle s'adresse aussi à un certain nombre d'états limites dans des moments critiques de leur parcours.

L'histoire même de la psychothérapie institutionnelle est trop dense pour être complètement évoquée ici. Je me limiterai à rappeler que Tosquelles, l'un des pionniers, emprunte à Hermann Simon l'idée qu'il faut à la fois soigner l'établissement et soigner chaque malade auquel il convient de rendre initiative et responsabilité, en multipliant les occasions de travail et de créativité. Pour soigner l'établissement, il est nécessaire de mettre en place une structure adéquate qui favorise un processus d'institutionnalisation, "filets institutionnels" selon Tosquelles, "transversalité" selon Félix Guattari, inséparables de toute responsabilisation. *"Soigner l'hôpital, responsabiliser tout le monde, malade et personnel de tous statuts, développer les thérapeutiques d'activation, on doit pouvoir envisager une notion de responsabilité collective."* Un énorme travail sur la collectivité est donc indispensable : travail de gestion critique des statuts, fonctions thérapeutiques véritables, partage des responsabilités et des initiatives.

L'hôpital s'inscrit dans un réseau. La qualité des réseaux institutionnels est en rapport avec la qualité des personnes qui les composent, qu'il s'agisse des soignants ou des soignés. Il est donc crucial d'apporter le maximum de rigueur dans la théorisation et dans l'élaboration des concepts issus de la pratique. Cela est d'autant plus important que ce qui est en jeu dans la psychopathologie des psychoses, ce sont non seulement les troubles du symbolique et de l'imaginaire, mais aussi la mise en question du réel. Il est donc nécessaire de tenir compte du réel, donc de l'aliénation sociale qui s'infiltré dans nos existences, nos choix et nos actions, car la dimension transférentielle, fantasmatique, met en jeu l'"objectal" c'est-à-dire ce qui se



constitue du désir inconscient et de la singularité de chacun.

C'est l'utilisation de ces expériences singulières qui va ouvrir la possibilité d'un *style d'accueil* nouveau face à la misère existentielle des malades psychotiques.

Freud avait laissé les choses en l'état, butant sur la problématique du transfert dans ce qu'il appelait la névrose narcissique. Une psychothérapie prenant pour support la vie quotidienne et la convivialité avec les schizophrènes, c'est à cette tâche qu'il fallait s'atteler, faire preuve d'inventivité et recueillir en contrepartie les effets formateurs de cette nouvelle clinique. D'où l'importance des rencontres, des échanges et des réunions qui donnent toute leur place à la parole des soignants comme des soignés. Il y faut du temps, dérée comptée chichement à l'époque des RTT qui explique que, si l'on en croit la DREES dans son numéro 335 de 2004 *"les contraintes des rythmes de travail sont plus fortement perçues, les infirmières estimant notamment plus souvent manquer de temps pour faire correctement leur travail. Les contrôles hiérarchiques en ce domaine sont aussi plus fréquemment ressentis. De plus, la nécessité d'appliquer strictement les consignes pour faire le travail s'est considérablement renforcée en cinq ans. Cependant, les relations de coopération dans le travail à l'hôpital restent étroites bien que le manque de personnel soit plus souvent évoqué depuis 2003."*

En institution, le travail s'effectue dans un cadre collectif où la population est composée en majorité de malades psychotiques, ceux-là précisément qui ne peuvent être pris en charge par un seul thérapeute. Dans l'éventail des états psychotiques, les défenses schizophréniques ou paranoïaques qui fonctionnent dans un équilibre plus ou moins viable ne nécessitent pas un tel étayage institutionnel. Plus généralement, dans beaucoup de psychoses et certains états limites, le colloque singulier ne suffit pas et le thérapeute s'estime incapable d'affronter seul la situation thérapeutique : ou bien le traitement ne s'engage pas, ou bien le thérapeute est débordé par la violence des décharges agies, ou par l'intensité de la souffrance du patient ou de sa famille, et souvent par le risque de suicide.

Au-delà de l'étayage, l'observation du comportement, de la projection dans les situations concrètes, dans les personnes et dans les choses, peut réanimer ce qu'on peut penser du patient et avec lui. Une activité en commun, un jeu à plusieurs ou la nécessité d'affronter une situation plus critique, ne constituent pas seulement un moment d'interaction qui va rester ponctuel : ces situations vont donner source à récit, élaboration et connaissance, relançant l'investissement du patient par autrui en même temps que son propre sentiment d'existence.

Pour René Diatkine: *"la compréhension des contenus inconscients, des pulsions, des conflits risque d'être infini-*

*ment plus éprouvant qu'utile et peut conduire à trois résultats : une érotisation plus ou moins poussée du personnel prédisposé, une réaction dépressive encore plus fâcheuse, une dévalorisation des mots et des affects entraînant un rejet aussi dangereux que le rejet nosologique". Et d'ajouter : "quelle que soit la valeur thérapeutique d'un service hospitalier, le personnel infirmier, par la nature même de sa position et de sa fonction, est particulièrement éprouvé et son intégrité mentale est toujours attaquée".*

Mais tous les écueils ne sont pas pour autant évités : toute feuille de papier se compose d'un avers et d'un revers. L'histoire nous a appris que toute société, même neuve et quelle que soit la pureté des intentions de ses fondateurs, secrète, de par l'articulation de l'imaginaire et des réalités juridico-économiques, des facteurs d'aliénation. Suivons Jean Ayme : *"L'utilisation de nouveaux médicaments dits "psychotropes" à partir de 1952, année de la découverte du premier neuroleptique, va faciliter à la fois la mise en place de techniques relationnelles et la possibilité de prise en charge des malades sur le mode ambulatoire. Leur usage nuancé et individualisé va permettre d'inscrire la prescription dans une démarche psychothérapique respectant la singularité de chaque patient. Mais pour ceux qui n'avaient pas procédé préalablement à cette désaliénation et dont les malades vivaient encore sur un mode concentrationnaire, les neuroleptiques, abondamment distribués de manière systématique et uniforme, permettront certes de faire disparaître les symptômes les plus gênant socialement, mais au prix parfois d'une cessation de toutes possibilités d'activités et d'échanges. C'est l'époque où l'on voit, dans les cours de certains services, des malades ralenti, figés, tremblants et bavant, ce qui avait amené des collègues à préconiser l'usage de neuroleptiques desinhibiteurs. Cet encouragement à la paresse va de pair avec l'importance que vont prendre progressivement la psychopharmacologie et la psychiatrie dite "biologique".*

Tosquelles propose, dès les débuts de l'expérience de Saint-Alban, *"d'inventer l'analyse relationnelle, sociologique et structurale du microcosme hospitalier"*. Mais Tosquelles ajoute que puisqu'il n'est pas possible *"d'analyser une fois pour toutes la constellation interrelationnelle signifiante d'un service, il devient indispensable de créer des organes d'analyse permanente"*. Très proche également, la formule proposée par Jean Oury : *"tenter de créer un système de médiation contrôlée médicalement entre l'ensemble du personnel et l'ensemble des malades"*.

Quelques divergences sont repérables entre les pères fondateurs, et j'en terminerai sur ce point notamment sur la place et le rôle de l'infirmier. Racamier distingue ce qu'il appelle les *"traitements spécifiés"*, dont la psychanalyse, qui ne peut être l'affaire que d'un psychanalyste, et les *"soins institutionnels"* qui est l'affaire des infirmiers s'adressant *"au moi des malades"*. On relève aussi une distinction entre le *"gestionnaire"* et le psychothérapeute : avatar de la fameuse *"neutralité"*,

celui qui exerce une fonction d'autorité sur la structure de soins d'un patient ne peut être son thérapeute. Il préconise un "système bifocal", avec au besoin échange de rôle car il y a quelque chose d'insurmontable à ses yeux à assumer à la fois les fonctions de chef et les fonctions de psychanalyste.

### 3- Et aujourd'hui ?

Aujourd'hui, la psychiatrie est menacée dans sa spécificité par la grande vague technocrato-scientiste qui a envahi toute la médecine. Parfois, l'utilisation de la science dérive vers le scientisme qui nourrit l'irrationnel et l'illusion, porte ouverte à la magie et à la gnose. L'heure de la psychiatrie biologique et psychopharmacologique a sonné, "l'homme neuronal" va renvoyer aux oubliettes de l'histoire "l'homme freudien". Le DSM IV, qui déjà a fait disparaître la névrose, réduit la schizophrénie à un trouble du comportement. Le cognitivisme se fait fort d'explicitier et de reproduire le mécanisme de la pensée, rejoignant l'engouement pour les neuro-sciences. La psychopharmacologie, à qui sont attribués par les falsificateurs de l'histoire les progrès accomplis en psychiatrie, bénéficie du puissant soutien des firmes pharmaceutiques. Leur pouvoir financier est tel qu'elles disposent d'une maîtrise des revues et des rencontres professionnelles.

Dans l'apparent consensus sur l'économie de marché, l'hôpital-entreprise impose ses règles : réduction des durées moyennes de séjour, normalisation au plus vite, thérapies brèves ne s'embarassant pas d'une psychopathologie fondée sur la phénoménologie ou le freudisme, séparation des malades aigus et chroniques. La politique de secteur elle-même est menacée en tant que dernier avatar d'une psychiatrie globale prenant en charge, sans rejet, toute la pathologie mentale, dans la continuité. Tout l'effort doit être désormais porté sur l'urgence, la crise, les nouvelles pathologies (suicides, toxicomanies, sida) et la "réhabilitation".

Il est clair que cette volonté de *banaliser* la psychiatrie rejoint la volonté de réduire les dépenses dans une discipline médicale dont la richesse du "plateau technique" tient au nombre des médecins et des infirmiers, considérés par les comptables qui nous gouvernent comme un "vivier" pour les besoins des autres disciplines médicales. Il ne faudrait pas, pour pallier ces manques effectifs de personnel, que l'on arrive à produire une psychiatrie aseptisée, dépourvue de scories psychiques, sans référence au désir ou à la mort, hypothétiquement parfaite et sanctionnée, quand ce n'est pas le cas, au service d'un maître tout puissant sans visage, bref, une psychiatrie sans humanité ?

Réduire la psychiatrie à la seule pathologie du cerveau c'est lui faire perdre sa spécificité de médecine de la personne pour la ramener, comme les autres discipli-

nes, à une médecine d'appareil ou d'organe. L'extinction à tout prix du symptôme est alors la promesse de la résurgence de ce symptôme sous une autre forme ou lors d'un passage à l'acte. Le patient devient celui que décrit Marcel Sassolas comme "passager d'institutions successives..." Dans le contexte de réductions forcées des dépenses de santé, le risque est faire basculer dans le champ social la cohorte des psychotiques, qui ne veulent pas guérir assez vite au gré des gestionnaires, retour à une logique de l'enfermement dans des lieux de vie où les soins et l'intervention médicale seront réduits à leur plus simple expression : MAS, lieux de séjours à double tarification et autres structures néo-asilaires.

*"Il est vrai que la rationalité gestionnaire, en fait financière, et l'épuisement de la logique sectorielle peuvent rendre ambiguës les notions de réseau et d'intersectorialité en nous confortant dans des positions défensives et dans une perplexité méfiante, voire morose et désabusée. Pourtant les espaces d'innovation et de changements existent. Ils sont évoqués parfois dans les réunions officielles ou plus souvent dans des rencontres parallèles transversales".*

### 4- Psychiatrie et santé mentale

De longue date, plus que toute autre spécialité médicale, la psychiatrie s'est située aux confins des champs médical et social. Son organisation publique a été et demeure le produit d'une dialectique complexe et subtile entre diverses évolutions. Celle du savoir médical, en premier lieu, et de sa technicité croissante. Celle des demandes, émanant du champ social puis médico-social, et des idées, le paysage idéologique ayant considérablement évolué depuis la Loi de 1838. La place du patient au sein du dispositif a changé, la balance oscillant entre les impératifs de la nécessaire protection de l'ordre public et ceux de l'évolution des droits du citoyen, fût-il malade mental. Enfin, et ce n'est pas le moindre changement que celui du développement socio-économique et du regard porté par la société sur la "maladie mentale".

Les tensions idéologiques qui ont marqué les conceptions "modernes" de la psychiatrie au cours des cinquante dernières années, qu'elles soient psychanalytiques, psycho-dynamiques, anti-psychiatriques, biologiques ou ethno-sociologiques, se sont réduites. En 1968, au moment où le champ de la psychiatrie s'est séparé de celui de la neurologie, ces tensions ont amené nombre de médecins à la psychiatrie. Aujourd'hui, elles ont laissé la place à de nombreuses interfaces, sources d'échanges fructueux et d'élaborations.

Dans ce paysage apaisé sont apparues de nouvelles contraintes issues du champ social. Le "psy" est aujourd'hui une composante constante du quotidien et il a quitté le territoire limité de la maladie mentale pour



celui plus vaste mais aussi plus mal défini de la santé mentale. Ce vocable englobe en effet les aspects psychologiques de la vie économique et sociale (du stress au harcèlement ou aux déviations sexuelles en passant par les catastrophes, le suicide, l'accompagnement aux mourants, le profilage...), des pathologies médicales (SIDA, addictions diverses, cancers, psychosomatique ou soulagement de la douleur...) ou des avatars de la vie institutionnelle ou sociale (régulations de tous ordres, débriefing, Urgences Médico-Psychologiques...). *"L'apparition de ces nouveaux besoins justifie une évolution, une adaptation des réponses, une souplesse qui se trouve rarement être la caractéristique principale de nos lourdes organisations institutionnelles traditionnelles"*.

La psychiatrie n'a pas attendu les directives ministérielles pour s'ouvrir au champ social et travailler sur la proximité et la précarité : le premier dispensaire, ouvert par Edouard Toulouse, date du début du XX<sup>ème</sup> siècle. La mise en place de la sectorisation correspondait à un modèle psychodynamique et psychanalytique de la maladie mentale et à une certaine conception sociale de la psychiatrie, l'approche communautaire. Associée au développement de la psychothérapie dite institutionnelle, la sectorisation a permis, sous des formes riches et variées, d'associer le patient au projet de soins dont il bénéficie et d'inscrire le dispositif de soins dans la cité. Toutefois, la sectorisation en psychiatrie, et la culture institutionnelle, se sont implantées différemment sur l'ensemble du territoire : *"l'offre de soins psychiatriques est prépondérante dans le secteur public et faisant fonction de public, mais inégalement répartie selon les départements. La transition du modèle traditionnel vers un dispositif de proximité n'apparaît pas achevée dans tous les départements"*. *"Aussi peut-on se demander s'il existe une réelle identité de chances pour un malade, notamment psychotique, en fonction de la région, du département, des établissements de santé de référence, du fait des moyens affectés à son secteur, de l'existence ou non d'une offre en psychiatrie libérale ou en clinique privée ? D'autre part, la sectorisation a été conçue sur une domiciliation des populations. Or il y a de plus en plus de personnes sans domicile et, parmi elles, de plus en plus de psychotiques dromomanes ne demandant rien"*...

C'est pourquoi naissent d'autres concepts, comme celui de territoire qui sera l'objet de nos prochaines journées nationales. Et celui de démarche qualité, doit permettre de trouver de la "fluidité" pour créer des *"espaces à géométrie variable en fonction des besoins à satisfaire"* nécessitant une *"armature de relations bien définies entre les équipes soignantes assurant la sécurité et "la continuité des projets de soins pour les personnes prises en charge"*<sup>10</sup>.

Mais il faut rester attentif aux écueils possibles. D'une démarche initialement adaptée et utile, motivante et

investie comme telle, il ne faut pas passer au stade de la surproduction surmoïque qui conduit progressivement à la multiplication des mouvements de contrôle (audit) et de maîtrise (protocoles et procédures mais aussi règlements et lois perpétuellement modifiées). Ces processus s'éloignent de plus en plus de leur objet et de la réalité pour se nourrir d'eux-mêmes, assurer une pseudo homéostasie (uniformité et anonymat), une fausse réassurance jamais garantie et toujours à reproduire. La pensée magique, la superstition (si j'applique le protocole, je n'ai rien à craindre de mon supérieur hiérarchique, de la direction, du juge, du patient, de sa famille...) ne sont pas loin... Un pas encore et ce sera la persécution par l'objet, le ras-le-bol de la démarche, son désinvestissement mais aussi la dénonciation des mauvais élèves possibles persécuteurs, pour s'exonérer de la faute imaginaire...

## 5- Soigner...

L'acte de soin, en psychiatrie comme dans le reste de la médecine, en posant la question du Sujet, pose celle du rapport intersubjectif qui lie le patient et son soignant. Lacan insiste : *"de notre position de Sujet, on est toujours responsable"*.

Aider celui qui souffre ne va pas de soi : qui d'entre nous le ferait spontanément s'il n'était rétribué pour le faire ?

Et si c'était le cas, quel serait cet étrange rapport thérapeutique où seul faire ou recevoir le bien pour atténuer ou faire disparaître la souffrance, compterait ?

Harold Searles aborde le problème du fonctionnement inconscient du thérapeute. Il souligne, par le biais de la formation réactionnelle, trait commun aux structures obsessionnelles de la personnalité, que le thérapeute peut inconsciemment maintenir son malade dans la folie et ce d'autant qu'il désire ardemment le guérir. Le désir inconscient, s'il est nié, agira d'autant plus puissamment qu'il est refoulé. Ainsi selon Searles, en *"négligeant son inconscient"*, le thérapeute peut rendre l'autre fou...

Le transfert, sous toutes ses formes, est l'élément prépondérant de notre travail.

Dans l'équipe, celui qui en est le symbole est le médecin. Pourtant, le médecin n'est que l'un des éléments de l'équipe pluridisciplinaire soignante, surtout par ces temps de pénurie médicale. Il doit donc gérer ce paradoxe d'une position éminente, investie le plus souvent comme prééminente mais qui ne doit pas être gérée comme telle. Comme l'a souligné R. Diatkine, il ne doit pas tout ramener à la seule relation avec lui. Sa place reste néanmoins centrale, appuyée par la référence symbolique qu'il représente.

Le plus souvent, aujourd'hui, c'est un autre soignant, infirmier ou psychologue, qui est le premier interlocuteur du patient. Le paradoxe évoqué peut donc être à l'origine de contre-attitudes, terme proposé par

Elisabeth Kestemberg *"pour marquer la différence de statut avec les réactions contre-transférentielles."*

C'est pourquoi les réunions, structurelles ou sectorielles, sont aussi le lieu d'élaboration de ces contre-attitudes.

Comme grandir, soigner est aussi un acte agressif, sublimé ou transformé par formation réactionnelle, ne serait-ce que parce qu'il doit aboutir à l'autonomisation du patient, par rapport à la maladie, autant que faire se peut cela va sans dire mais cela va mieux en le disant, mais aussi par rapport au médecin. C'est d'ailleurs le but premier de la transparence de l'acte, de la prévention, de l'information, qui ne doivent cependant pas être réduites à du semblant : au nom (non !) de sa maladie, le savoir du malade serait équivalent à celui du médecin ! Il n'en est rien et l'on doit s'interroger sur la fonction de ce leurre : l'acte médical comportera toujours une part d'insu, y compris pour le thérapeute, d'irrationnel, d'imprévu, dans lequel le patient a naturellement sa place, toute sa place : il n'y a pas de hiérarchie subjective.

La maladie ne se réduit jamais à cet espace clair de pathologie nette que la médecine choisit de décrire et, en fait, de construire. Dès lors, toute une partie de la réalité humaine s'est trouvée exclue de la réflexion médicale, une part obscure, nocturne, irrationnelle, capable de produire des phénomènes naturels apparemment contraires, en toute logique, aux "lois de la nature". C'est la place du surnaturel, du transcendant, de la magie... Pour comprendre le voyant, le guérisseur, le sorcier, il faut se placer dans leur propre champ de vision ce qui signifie mettre en sommeil la totalité de l'appareil conceptuel théorique dont nous sommes habituellement armés. La stratégie médicale, de tout temps, à tendance à assimiler toute espèce d'action qu'elle ne contrôle pas à un charlatanisme. Or, consultants et praticiens de la médecine traditionnelle ne disent pas que la médecine officielle ne sert à rien mais qu'il y a un reste à toutes les opérations médicales. L'organe est un support-image et non un lieu réel d'intervention. Pour que le médecin retrouve l'objet de son savoir derrière une situation, le malade et l'entourage doivent se désapproprier d'un événement. Chez le guérisseur, il s'agit d'établir un temps et un lieu où une crise peut se rejouer, un malheur s'authentifier. La réussite du guérisseur est donc la garantie que mon corps est le lieu d'autre chose que ces phénomènes de mort repérés par le médecin. Il est dans un état de disponibilité extrême à l'autre (l'Autre ?), longuement cultivé. Le guérisseur doit davantage pouvoir tout dire que connaître la syntaxe de ce dont il parle : son savoir empirique, qui existe certes (répertoire de remèdes, prières, manipulations d'organes...), doit tout à un effet presque pur de savoir.

Qu'en est-il du médecin, a fortiori celui qui professe l'usage de la parole ?

René Girard, dans "Mensonge romantique et vérité romanesque", nous rappelle que si nous nous croyons autonomes dans nos choix, en réalité, nous ne choisissons que des objets désirés par un autre. La santé, le bien-être seraient-ils l'un de ces objets, également convoités par le patient et son soignant ? *"Plus la haine est intense, nous dit Girard, (et c'est toujours le cas lorsque le désir est métaphysique), plus elle nous rapproche du rival exécuté... Et plus elle suggère à chacun le désir de se distinguer à tout prix... C'est pourquoi les frères ennemis s'engagent toujours sur les mêmes chemins pour leur plus grande rage"*. Ne peut-on faire à la fois meilleur éloge de la nécessaire différence, y compris dans l'acte de soin. Et la prise en compte de la haine dans l'acte soignant permet d'éviter que seule la formation réactionnelle, le désir de faire bien, du bien, soit à l'origine du soin. Afin que ni l'un ni l'autre, soignant ou patient, ne devienne pour l'autre une "victime émissaire" potentielle que seul le sacrifice, symbolique ou réel, permettra d'apaiser.

## 6- Pourquoi la souffrance ?

Les peuples ont créé des Dieux mauvais pour expliquer ce mystère. Leur aveuglement les a contraint à mettre du péché dans la divinité pour se rassurer un peu. On sacrifie aux Dieux mauvais pour se les concilier, comme on sacrifie aux Dieux bons pour se les attacher. Vishnou aux Indes n'est pas plus puissant que Civa, en qui le mal est comme un autre bien. Les Hindous, par horreur de la souffrance, apprennent à la supporter en la niant et cette négation les entraîne à renoncer à l'être même. De la souffrance, en dépit de leur doctrine admirable du Karma, ils ne veulent rien faire de positif. Les stoïciens agissent comme eux : ils repoussent la douleur avec mépris jusque dans son étreinte. A la confusion des Grecs se crevant les yeux comme Œdipe en face de la douleur, à l'orgueil de l'Inde la réduisant à la stérilité, le christianisme, parce qu'il a les "clés de la mort", oppose la fécondité de la douleur. Il est le premier qui ait su la situer.

Que la mythologie du chaman ne corresponde pas à une réalité objective n'a pas d'importance : le malade y croit et il est membre d'une société qui y croit. Les esprits protecteurs, les esprits malfaisants, les animaux magiques font partie d'un système cohérent qui fonde la conception indigène de l'univers. Le malade ne les a jamais mis en doute. Le chaman fournit à son malade un langage dans lequel peuvent s'exprimer des états informulés ou informulables. Le passage à cette expression verbale provoque le déblocage du processus physiologique, c'est-à-dire la réorganisation dans un sens favorable de la séquence dont le malade subit le déroulement.

Dans la société, l'apparition de flambées de croyance à la sorcellerie, au paranormal, au "naturel" à une époque où les circonstances incitent les gens à être



plus individualistes et à revendiquer les avancées de la science est facile à comprendre. C'est une réaction défensive contre l'individualisation, montée par ceux qui sentent que le moi du groupe est menacé ou perd de son efficacité.

Le sorcier, le guérisseur, le naturopathe, resituent le malade dans un système symbolique où le cosmos, les forces vitales, la transcendance ont leur part, ce qui est pressenti culturellement mais dénié par la science et la médecine officielle. A chaque fois que le médecin réduit la maladie à un symptôme, à un organe, il voit ressurgir le chaman : le leurre de la cause cache le besoin de sens. Le chaman, lui, ne tient pratiquement pas compte des symptômes produits par le malade mais entre en transe pour que son âme puisse se rendre chez les esprits s'enquérir duquel d'entre eux "chevauche", possède son client et donc des voies et des moyens les plus appropriés pour le guérir. Il diagnostique quelle maladie était nuisible à son patient au moment où il l'extirpe réellement du corps malade et produit à la vue de tout le groupe l'objet maléfique concret qui est cette maladie. Enfin, il soigne en prescrivant parfois quelques remèdes de la pharmacopée naturelle indigène mais le plus souvent par des rites, sacrifices, incantations magico-religieuses, récitation de formules dont c'est la seule efficacité symbolique, mythique et donc abstraite, qui permet d'atteindre le but recherché.

Le pouvoir direct de la parole fait toujours partie intégrante de celui du guérisseur. Mais de son discours parallèle à sa pratique et comme greffé artificiellement sur elle, il attend également la consolidation de l'avantage qu'il a déjà pris sur son rival médecin en accréditant l'idée que son propre accès à la maladie se situe à un niveau supérieur, en suggérant que si l'autre n'est concerné que par les corps, lui est en plus médecin des âmes. Il restitue un ordre sous-jacent : condition décidément favorable pour que des mécanismes placés en dehors du contrôle du sujet se règlent spontanément et aboutissent à un fonctionnement ordonné.

Ainsi, selon Oumar Sangaré, au Burkina Faso mais aussi dans le Perche ou le Mortannais, les "devins-guérisseurs sont tous les jours sollicités par les malades qui font recours à leur expertise afin de sonder le monde invisible des ténèbres, d'interroger le passé, de donner une explication convaincante du présent et de prévenir le futur".

"Ils occupent de ce fait une place de choix dans ce rapport malade-maladie-communauté : ils sont tout simplement incontournables, car leur rôle ne se limite pas seulement à traquer la maladie. Plus que cela, le devin-guérisseur est sensé intercéder auprès du monde invisible afin de conjurer les sorts, offrir sa protection contre l'action néfaste des esprits maléfiques, favoriser l'épanouissement et le bonheur de l'individu..."

Le psychiatre, l'infirmier, le psychologue n'ont pas vocation au chamanisme. Mais ils doivent écouter le chaman qui leur dit que la souffrance de l'homme ne se réduit pas à son symptôme, que l'homme ne se réduit pas à son corps, qu'il n'est qu'un des éléments du monde, lui-même fragment de cosmos. Et ne jamais oublier que toute souffrance demande de la parole, des mots énoncés pour éloigner les maux et leur donner un sens...

"Quand la représentation majeure du réel, le langage, vient au premier plan du savoir, la mort du sacré, l'impuissance de la police, l'ignorance de la clinique ouvrent à la béance du cannibalisme des marchandises. Il devient possible d'en finir avec le spectacle commencé avec Cronos, ruse de l'ordre et dont, jamais, le pouvoir ne s'est défait. Un nouveau temps s'invente, temps de l'homme-objet, temps de l'objet-homme..."<sup>12</sup>

*Je me souviens...* Je me souviens d'un monde qui bouge et dont je ne possède pas tous les repères. Mais j'espère que, sur un point au moins, il démentira Jean Bernard qui constatait "*l'absence totale de progrès de la sagesse face aux prodigieux progrès de la science et des techniques*".

Et que les professionnels que nous sommes continueront, au service du patient, de rester aristotéliens, "*dans toute action, dans tout choix, le bien c'est la fin car c'est en vue de cette fin qu'on accomplit tout le reste*"<sup>13</sup>.

### Notes

<sup>1</sup> Lucien Bonnafé, *Désaliéner ? Folie(s) et société(s)*, Presses Universitaires de Mirail, Toulouse, 1991, pp 160-161.

<sup>2</sup> *Fondements de l'éthique médicale*, Suzanne Rameix, ellipses éditeur, Paris, 1996, pp

<sup>3</sup> Sous la direction de Jean Furtos et Christian Laval, *La santé mentale en actes, de la clinique au politique*, Eres, Ramonville Saint Agne, 2005.

<sup>4</sup> P. Alary, *A propos de la démarche-qualité : principes de réalité(S) et complément orthopédique...*, *L'information psychiatrique*, Volume 76, n°9, Novembre 2000, pp 1063-1068.

<sup>5</sup> Ronald Searles, *L'effort pour rendre l'autre fou*, éditions Gallimard NRF, connaissance de l'inconscient, Paris, 1977, pp 155-184.

<sup>6</sup> W. Reich, *La psychologie de masse du fascisme*, Paris, Payot, PBP, 1977, 341 pages.

<sup>7</sup> C. Alezrah, *La sectorisation psychiatrique en France, bilan, perspectives*, Barcelone 5 octobre 2001.

<sup>8</sup> Guilmin A., Boisguérin B., Parayre C., *Bilan de la sectorisation psychiatrique : l'offre de soins en psychiatrie, des "modèles" différents selon les départements ? Etudes et résultats*, n° 48, janvier 2000, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

<sup>9</sup> C. Alezrah, opus dixit.

<sup>10</sup> A. Lopez, *Le secteur psychiatrique en devenir*, Psychiatrie, années 2000, Médecine- sciences Flammarion, Paris, 1999, 25-28.

<sup>11</sup> René Girard : *Mensonge romantique et vérité romanesque*, Le livre de poche, Pluriel, Paris 1978, page 119.

<sup>12</sup> Jacques Attali, opus dixit, page 292.

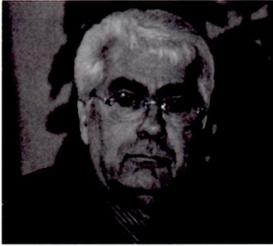
<sup>13</sup> Ethique à Nicomaque.

## Références - Bibliographie

- Alain Gouiffès, *Défense et éloge de la psychiatrie institutionnelle*
- J. Azoulay, *Les Psychothérapies Institutionnelles*, in : *Psychanalyse et Psychothérapie*, D. Widlocher et A. Braconnier, Flammarion, 1996., (Bibliographie détaillée)
- Souffir V., Chambrier J., Deyon D., Azoulay J., Gauthier S., *L'Appareil de Soins, une voie de recherche pour les psychanalystes dans le traitement des psychoses*, in : *Revue Française de Psychanalyse*, 1996, vol. 60, n° 2, p. 439-463.
- Tao-tö King, Gallimard, *Connaissance de l'Orient*, Paris, 1967
- B. Jacquin-Ravot, *Réussir la qualité par tous*, Chronique sociale, Lyon, 2001, 140 pages
- C. Alezrah, *La sectorisation psychiatrique en France, bilan, perspectives*, Barcelone 5 octobre 2001
- Ronald Searles, *L'effort pour rendre l'autre fou*, éditions Gallimard NRF, connaissance de l'inconscient, Paris, 1977, pp 155-184
- J. Azoulay : *Psychothérapies institutionnelles* in *Psychanalyse et psychothérapies*, Flammarion Médecines-Sciences, Paris, 1996
- P. Détrie, *Conduire une démarche qualité*, Editions d'organisation, Paris, 2001, 409 pages
- Rapport 2001, rendu public par l'OMS le 4 octobre 2001
- Sources : la politique de santé mentale en France : M. Reynaud, A.-M. Gallot, L. Lefèvre in *Psychiatrie*, années 2000, Médecine-sciences Flammarion, Paris, 1999, 3-24 & Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS), *Statistiques Annuelle des Etablissements de santé publics et privés 1997* [SAE]
- Ordonnances de 1996 et Loi Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (JO du 5 mars 2002)
- B. Lachaux, D. Frassati, *Impact des contraintes juridiques et des évolutions sociologiques*, Synapse, septembre 2001, p. 41-53
- H. Lecllet, C. Vilcot, *Qualité en santé : 150 questions pour agir*, Editions Groupe AFNOR, section santé
- G. Vallancien, *Le droit à la santé n'existe pas*, Le monde, 23 janvier 2001
- V. Kovess, *Evaluation, qualité et accréditation*, Psychiatrie, années 2000, Médecine-sciences Flammarion, Paris, 1999, 181-190
- E. M. Cioran, *La tentation d'exister*, Tel Gallimard, Paris, 1956, 247 pages
- Grand Larousse Universel, tome 12, Paris, Larousse, 1984, 735 pages, 8633-34
- F. Delvigne, *Comment fonctionnes-tu mon cher collègue ?*, Thérapie familiale, Genève, 2000, vol. 21., n°2, pp.155-165
- J. M. Comu, *La démarche scientifique*, <http://home.worldnet.fr/jmcomu/sciences/demarche/>
- P. Alary, *La tentation de Procuste*, Actualités en psychiatrie, vol. 17, n° 7 septembre 2000, pp 249-255
- Voir F. Mispelbom, *Au-delà de la qualité - Démarches qualité conditions de travail et politiques du bonheur*, SYROS, Alternatives sociologiques, 1995, pp 253
- J.-C. Pénochet, P. Clément, *A propos de l'expérimentation d'un programme d'assurance qualité*, L'Information Psychiatrique, n°7, vol. 73, septembre 1997, pp. 649-653
- J.-C. Pénochet, P. Clément, opus dixit
- N. Aubert, V. de Gauléjac, *Le coût de l'excellence*, Seuil, Paris, 1991
- A. Badiou, *L'éthique, essai sur la conscience du mal*, Paris, Hatier, optiques philosophiques, 1993
- J.-M. Fessner, *La réforme de l'hospitalisation*, n°7, novembre 1997
- C. Vasseur, *De gags en drames annoncés*, La lettre de la Psychiatrie Française, n° 67, septembre 1997, pp. 1-3
- C. Conté, *Le réel et le sexuel*, Point Hors Ligne, Paris, 1992



# ÉVOLUTION DES MÉTIERS, TRANSMISSION



**Docteur Régis POUECH**

Psychiatre  
Fondation Bon Sauveur  
Picauville

## UN PEU D'HISTOIRE

*Notre héritage en psychiatrie ne date pas d'hier, vous vous en doutez.*

*Je vous propose donc de faire un petit détour du côté de l'histoire afin de nous rafraîchir la mémoire sur notre passé fondateur. On ne peut pas comprendre où l'on va si l'on ne sait pas d'où l'on vient.*

*On peut dire aussi que le futur ne peut être pensé qu'en référence à l'histoire. Ou bien encore que la transmission est indispensable à la manifestation de la vie puisqu'en définitive, nul ne saurait être à l'origine de lui-même. Il n'y a rien de pire que ceux qui se croient "auto-fondés". Autant de bonnes raisons pour reconnaître d'emblée l'immensité de notre dette vis-à-vis de celles et ceux qui nous ont précédés dans le métier.*

Commençons par le commencement.

### La préhistoire de la psychiatrie en occident

Elle se situe au niveau de l'Antiquité gréco-romaine. L'essentiel de cette préhistoire se joue vers le 5<sup>ème</sup> siècle avant JC, autour de deux choses :

- le corpus hippocratique pour la médecine du corps
- l'enseignement présocratique pour la philosophie, véritable médecine de l'esprit.

Avant le 5<sup>ème</sup> siècle, le clivage sujet/objet n'est pas encore obtenu et l'imaginaire omniprésent englobe tout. La rationalité n'a pas encore droit de cité. Pour comprendre le monde, les Grecs font appel au surnaturel (les dieux de l'Olympe). L'apport novateur des grecs sera d'essayer d'expliquer le Monde par l'observation naturelle. La souffrance humaine reste une vengeance des Dieux, mais on cherche, dans la nature, des causes objectives pour la soulager.

On ne se tourne pas uniquement vers le surnaturel. C'est cette démarche qu'Hippocrate utilise, c'est de là que vient le fondement naturel des maladies du corps. On cherche des causes naturelles aux phénomènes naturels. C'est très nouveau.

S'agissant de la médecine morale et de la médecine de l'esprit, les Grecs se tournent vers la philosophie. Ce que la santé était au corps, la sagesse l'était à l'esprit. Epicure dans sa lettre à Ménécée dit : « que nul étant jeune ne tarde à philosopher, ni vieux ne se lasse de la philosophie », ce qui, en clair, veut dire qu'il n'est jamais trop tard ni trop tôt pour assurer la santé de l'âme.

Les Stoïciens, par exemple, professent la maîtrise des passions. Ce sont des adeptes du Zen (Zénon, Chrysippe, Cicéron, Sénèque, Marc-Aurèle). Les épicuriens comme Suéton, Juvénal, Pétrone, conseillent eux le recours à la jouissance et aux plaisirs raffinés.

La théorie de la catharsis essaie de rapprocher la purification de l'âme et la purification du corps. Socrate invite l'homme à sonder sa subjectivité. Aristote dresse la liste des passions.

L'éthique du juste milieu et de l'équilibre constituent une sorte de thérapie morale préfigurant notre actuelle psychiatrie. Les hellénistes distingués disent

beaucoup d'autres choses encore sur cette lointaine antiquité mais aujourd'hui le temps nous presse et il faut passer déjà à l'étape suivante.

### Le Moyen-Age

Le Christianisme imprègne la société médiévale jusque dans ses plus intimes tissus. La sensibilité à l'irrationnel est grande : on croit que le visible et l'invisible ne font qu'un. L'homme fort n'est plus le philosophe de l'Antiquité...c'est le théologien (Saint Augustin, Saint Thomas d'Aquin)

La société médiévale est persuadée que le monde d'ici bas est le lieu d'un combat permanent entre les forces du bien et les forces du mal. Le fou est donc l'un des enjeux de cette lutte entre le diable et Dieu. D'où les croyances dans les possessions démoniaques. L'anormal appartient au péché et au mal.

Les manuels des confesseurs comportent des conduites à tenir pour identifier les différentes possessions relevant ou non de l'exorcisme. Jeanne d'Arc, avec délectation, écoute la voix de Saint Michel lui prescrivant de sauver le royaume en prenant les armes « pour bouter l'Anglais » hors de France. Le sacré et la religion gouvernent tout y compris la thérapeutique contre les désordres de l'esprit.

### La Renaissance

C'est la période des grandes découvertes et donc des grands bouleversements... et des premières victoires de l'esprit scientifique.

Un homme savant et puissant est en train de naître qui peut avoir *la tentation de devenir l'égal de Dieu*.

Mais, il n'y a pas encore de séparation entre le naturel et le surnaturel. Les démons, les anges et les fantômes des défunts habitent encore parmi les humains. C'est sur ce point qu'une séparation va se produire avec d'un côté le tangible et le perceptible et de l'autre l'invisible et l'imaginaire. L'œuvre des Grecs s'amplifie donc, ce qui préfigure le cartésianisme.

Globalement, le bouillonnement intellectuel est intense. Voir par exemple, la célèbre controverse de Valladolid où la question était de savoir si les Indiens avaient ou non une âme... puis se déroule le procès de

Galilée où pour la première fois la cohérence interne d'énoncés scientifiques l'emporte sur la parole du Pape (Isabelle Stengers). Ce que Lacan appelle le discours de la science démarre là, à la jonction du 16<sup>ème</sup> et du 17<sup>ème</sup> siècle. Architecturalement, on assiste à l'ouverture de vastes fenêtres afin que pénètre la lumière dans les demeures et dans les esprits.

## Le 17<sup>ème</sup> siècle et l'âge classique

Sous l'impulsion du Roi Soleil, les nouvelles valeurs sont l'ordre, l'équilibre et la maîtrise. Le prince au pouvoir pour mieux contrôler ses sujets, doit être maître de lui comme de l'univers. Le "Traité des passions" en 1649 permet d'entrevoir la possibilité de dompter les élans du cœur. Le programme intellectuel du siècle est fixé par Galilée quand il affirme en 1623 que "seule la lecture mathématique du réel peut fonder une connaissance". C'est Descartes qui formalisera sur le plan philosophique les conséquences de cette affirmation (Discours de la méthode). Le cogito de Descartes pose un dualisme humain fondamental et séparateur : deux substances : l'âme et le corps.

L'âme et le corps possèdent chacun leur propre nature susceptible de se laisser appréhender indépendamment l'une de l'autre. C'était un coup porté à l'unité psychosomatique de l'homme mais c'était la porte ouverte à l'édification d'une médecine objective, parce qu'on pouvait s'intéresser mécaniquement au corps sans s'attirer les foudres des autorités religieuses à qui est laissé le gouvernement de l'esprit.

La grande originalité du 17<sup>ème</sup> siècle c'est la création des hôpitaux et le renfermement de 1646 sous Mazarin : on y dépose tout ce qui fait désordre dans la société. Il fallait pacifier le royaume après la Fronde (voir l'œuvre de Michel Foucault). Il y avait aussi trop de pèlerins sur les routes qui "allaient chemin pour le salut de leur âme" vers Rome ou vers Saint-Jacques de Compostelle.

## Les lumières, l'Aufklärung, l'enlightment

C'est Voltaire disant au roi de Prusse : "je voudrais être citoyen anglais et votre sujet". Toute l'Europe est concernée par ce grand "aggiornamento", la planète entière fait l'objet d'une exploration systématique (Cook, La Pérouse). La période porte sur trois générations, environ.

- Sociologiquement, la figure dominante est celle du despote éclairé : le monarque de droit divin gouverne en repoussant l'obscurantisme et en s'ouvrant aux idées nouvelles.
- Le grand œuvre du moment c'est l'encyclopédie. Les maîtres à penser sont les philosophes et les encyclopédistes. Ils sont tous plus ou moins philanthropes et convaincus que la science va bientôt tout régenter. La science vient prendre la place de la figure du Père symbolique. C'est le début du déclin du patriarcat qui

trouvera son apogée au 20<sup>ème</sup> siècle.

- L'Homme nouveau a une grande confiance en lui et le spectacle de la nature l'émerveille et le passionne. C'est un rationaliste à l'esprit critique qui veut tout remettre en question (tabula rasa). Pour lui le cerveau est une substance pensante qui sécrète la pensée...
- La référence majeure c'est la suprématie de la raison, mais les encyclopédistes resteront bloqués sur la question de l'étiologie du trouble psychique : "ou bien c'est l'âme en tant que telle qui est atteinte mais alors que penser de ce Dieu tout puissant qui laisse s'altérer ce qu'il a lui-même créé". (Lantéri-Laura).
- Pinel libère les malades de leurs chaînes. Il déclare que les insensés désormais aliénés, ont droit aux égards dus à l'humanité souffrante. La psychiatrie vient de naître. Ce sont les médecins qui s'en occupent. La folie connue depuis toujours est devenue un objet médical témoin qu'une nouvelle épistémé s'implante dans la pensée du temps (Lantéri-Laura).

## Le 19<sup>ème</sup> siècle

- C'est l'avènement en Europe de l'ère industrielle et de l'expansion coloniale. La science et la technologie envahissent tout. Le positivisme règne sans partage : voir par exemple Karl Marx. Mais c'est aussi l'époque du romantisme.
- C'est naissance, entre autre chose, de la médecine moderne dite expérimentale ou anatomo-clinique (Laennec, Boucicaud, Pasteur, Claude Bernard, etc.)
- La psychiatrie qui se constitue avec les continuateurs de Pinel, est au départ noyée dans la médecine interne. Le mot psychiatrie apparaît en Allemagne en 1808 dans une publication de Reil, à l'université de Halle. Son orthographe actuelle est donnée par Heinroth à Leipzig, en 1818. D'emblée c'est une construction franco-allemande ou bien germano-française (Kraepelin-Bleuler). Cet essor clinique s'exprime surtout à travers le goût pour la taxinomie puis ensuite la loi de 1838 sur le contrôle social.
- Comme les fléaux de l'époque étaient la syphilis, la tuberculose et l'absinthe, les pionniers étaient surtout des "somatistes" (Dr Bayles de la méningo-encéphalite syphilitique) auxquels s'opposèrent les "psychistes" (Falret, Leuret, Trelat, Janet, Freud) dans une oscillation qui durera tout le siècle et bien au-delà... comme l'anatomie pathologique ne montre rien sous le scalpel, on cherche du côté de la psychologie. Et cet effort aboutira au freudisme.

## Le freudisme

Effort gigantesque et solitaire, introduit en France par Hesnard, à cheval sur le 19<sup>ème</sup> et le 20<sup>ème</sup> siècle.

- Pour les continuations de Pinel, la définition du trouble mental repose sur l'illusion que l'homme normal a une claire conscience de tout, cette conscience du trouble servant de critère majeur dans le repérage de l'aliénation.



- Freud comprend très vite auprès de Charcot que l'on ne peut pas réduire le psychisme humain à son activité consciente. Freud va s'attacher à étudier la part cachée mais active de la subjectivité humaine et ce sera la découverte de l'inconscient.
- Avec Freud, la médecine mentale a de nouvelles frontières, plus vastes. Les anomalies de la personnalité ne sont plus réservées aux seuls moralistes et magistrats. Les psy s'emparent de ce thème. Mais le phénomène de la "conscience" qui faisait la dignité du cartésianisme et de l'homme des lumières, va se trouver relégué au rang d'épiphénomène avec la psychanalyse.
- La découverte de l'inconscient intervient en plein positivisme. C'est une tentative de maîtriser les phénomènes qui échappaient encore à l'analyse rationnelle. Cette révolution a eu le mérite de maintenir au milieu des progrès techniques une médecine de la personne.

## Le 20<sup>ème</sup> siècle

### 1- Le temps de nouvelles mutations

- La psychiatrie entre dans l'ère de la thérapeutique. Le psychiatre n'est plus un entomologiste classificateur plus ou moins philosophe épris de taxinomie, il devient en quelque sorte le thérapeute de l'esprit tout en restant médecin. On va même parler officiellement de "santé mentale", expression qui va faire fortune.
- Les mentalités vont évoluer énormément, ce qui se traduira, par exemple, par un rapport nouveau de l'individu aux soins en général. Le droit à la santé sera partout proclamé, l'OMS promettra la santé pour tous d'ici l'an 2000 ! A la fin du siècle, on en arrivera jusqu'au pan-médicalisme, c'est-à-dire que la santé sera pour certains l'objectif ultime de la vie. Le résultat de cette évolution est une augmentation vertigineuse des dépenses sociales avec un bouleversement de la démographie médicale : 1 psychiatre pour 9000 habitants, contre 120 en 1938... et un budget de la Sécurité Sociale aussi important que celui de l'Etat Français !
- L'extraordinaire diffusion de la psychanalyse va marquer de son empreinte toute la civilisation occidentale au point que l'opinion influencée par le Freudisme va réclamer des psychologues pour tout y compris pour aider les cancéreux. On verra sur le marché débarquer des oncopsychologues ! quant aux hommes politiques, ils n'auront qu'un seul mot d'ordre pour gouverner : écouter d'abord ! et bien communiquer ensuite !
- Dans les grandes tendances émergentes du 20<sup>ème</sup> siècle, il faut citer la psychopharmacologie née avec la découverte de la Chlorpromazine en 1952 et l'Imipramine en 1957. De là sortiront des complexes pharmaco-industriels tout puissants qui à leur tour viendront façonner le nouveau visage de la psychiatrie qui se mondialise. Notre psychiatrie occidentale

deviendra celle de "tout le monde" sur la planète, planète qui s'appréhende désormais comme un ensemble fini aux ressources limitées. (notion de village planétaire à la démographie galopante).

### 2- L'influence des guerres

- Avec le débarquement des alliés en Normandie c'est la fin de l'eurocentrisme. Le centre de gravité de la psychiatrie se déplace vers les Etats-Unis. Le "Handbuch der Psychiatrie" de Berlin ne sert plus à rien. Il n'y a pas que le jazz et la Pénicilline qui débarquent sur les plages : c'est l'anglais nouvelle langue de communication internationale.
- Les guerres montreront qu'en période de crise, les malades de psychiatrie sont apparemment moins nombreux et que les chronicités asilaires supportent plutôt mieux les privations que le reste de la population dite normale.
- Les destructions massives ouvrent la voie à l'étude plus systématique de la pathologie post-traumatique.
- Mais parmi les retombées les plus dramatiques de ces conflits meurtriers, il faut citer assurément le phénomène concentrationnaire.

### 3- La Shoah et ses conséquences.

- De retour de captivité, les psychiatres sont marqués au plus haut point par la pathogénicité de l'environnement. L'expérience des camps de concentration a été décisive : tous seront adeptes fervents de la sociogénèse des maladies mentales (Bastide). Les valeurs conceptuelles qui avaient cours sur "le marché des idées de l'époque" s'accordaient toutes pour reconnaître l'existence d'un fait psychique irréductible au médical. A la suite d'Auschwitz il fallait absolument rendre l'institution thérapeutique car on savait combien l'environnement morbide pouvait devenir aliénant.
- Les principes philosophiques qui inspiraient les pratiques cliniques d'alors redécouvraient la fraternité humaine avec le malade lequel était désigné comme notre semblable en souffrance. Au-delà de la diversité des pratiques, il y avait cette idée commune à tous que le malade ne se réduisait pas à ses comportements. Mieux, ces théories inclinaient à dire que les soignants partageaient avec le fou une souffrance ontologique fondamentale. Cette vision du métier quelque peu romantique avait au moins l'avantage d'extraire la souffrance psychique du champ déficitaire où la médecine la cantonnait auparavant.
- Avant la deuxième guerre mondiale, on croyait avec Freud (Moïse et le monothéisme) que bien que mort, le PERE restait toujours présent, actif et protecteur dans la subjectivité des fils. Quand Auschwitz survient quelques années plus tard, après la publication du livre de Freud, l'humanité découvre horrifiée qu'il n'y a pas de PERE pour nous protéger de l'extermination. Non seulement Dieu est mort, comme le disait Nietzsche, mais sa mort n'était que le masque de son

absence. Avec Auschwitz, un verrou a sauté : Dieu le Père se révèle comme n'ayant pas eu lieu ! Ce n'est pas une mise en question de la foi, c'est la constatation que nous manquons désormais de ce par quoi nous serions à même de dire NON à nos excès, à notre UBRIS... Des crimes terribles ont été commis dans une Allemagne civilisée comme si les repères éthiques transmis par la tradition s'étaient d'un coup pulvérisés. Les travaux de socio-psychanalyse de la fin du 20<sup>ème</sup> siècle insisteront sur cette désinscription de la Tiercéité comme desubjectivation permettant de penser la Shoah (Dufour). Pour des auteurs comme Ch. Herfray, c'est à Auschwitz que fut assassinée l'autorité.

Il est temps maintenant de faire place à quelques souvenirs plus personnels.

### Mes souvenirs personnels

Je suis devenu psychiatre dans le post 68.

Dans cette deuxième partie du 20<sup>ème</sup> siècle, les représentations de la folie sont conformes à la pluralité des modèles culturels en vigueur et la nosographie du moment s'inspire des différents courants de pensées étio-pathogéniques. Entre les diverses chapelles les affrontements sont vifs mais ces querelles ne sont ni ridicules ni byzantines car il s'agit de savoir comment soigner les malades au mieux. Or, de l'idée qu'on se fait de l'origine du mal vont dépendre les moyens que l'on se donne pour apaiser cette souffrance. Des céphalées suite à un coup de bâton ne se soignent pas pareil qu'une migraine. Donc chacun y va de son modèle explicatif.

- La psychanalyse, au milieu du siècle, tient le haut du pavé. En France, en 1970, elle est à son apogée. Nombreux sont les psychiatres parisiens qui vont s'allonger sur le divan. Quant aux provinciaux ils prennent le train chaque semaine pour venir écouter Lacan, rue d'Assas, à la fac de droit. Les psychiatres qui se veulent branchés ne lisent pas l'American journal of psychiatry. Ils ignorent superbement ce qui se passe outre Atlantique, sauf quelques rares exceptions comme le professeur Pichot. En ce temps-là, les psychiatres aiment se diviser de façon manichéenne en psychothérapeutes d'un côté et prescripteurs de l'autre, mais ces derniers font souvent figure de « minus habens » parce qu'on leur reproche avec un brin de condescendance de manquer d'ambition : les médicaments ont la réputation de ne pas traiter "au fond" ils estompent les symptômes. C'est tout. Pour de très nombreux praticiens, les maîtres à penser de l'époque ont pour nom : Henri Ey, Pierre Denicker, Jacques Lacan, Claude Lévi-Strauss, Maurice Merleau-Ponty, Michel Foucault, Roland Barthes, pour ne citer que les plus représentatifs, d'une intelligentsia globalement structuraliste.

- Autre courant de pensée explicatif, le mouvement de l'antipsychiatrie. Il reste encore très en vogue en 1970. Ce courant "antinosologique" qui va durer une dizaine d'années est dirigé par Laing, Cooper, Basaglia et Szasz. Dans ses prises de position les plus extrêmes, ce mouvement nie le caractère pathologique de la symptomatologie des malades. Sous l'influence du gauchisme, l'antipsychiatrie ne voit que matière à condamner la société. C'est une sociogénèse exclusive. La pratique psychiatrique jugée coercitive est tenue pour être au service de l'ordre social dominant. Ces positions sont souvent relayées par les freudo-marxistes.
- Le mouvement behavioriste, du mot anglais "behaviour", comportement, est fondé en 1913 par Watson. Il est dérivé de la réflexologie pavlovienne et s'attache à l'étude du comportement sans se préoccuper de la dimension subjective, "la boîte noire". Ce mouvement qui essaie de déconditionner et de corriger des erreurs, va traverser tout le siècle et déboucher dans les années 60-70 sur le cognitivo-comportementalisme de Wolpe. On fait l'inventaire des contenus de conscience pour les modifier ensuite.
- La phénoménologie et la Daseinanalyse sont sur le déclin en cette fin de siècle. Elles sont issues de la pensée de Husserl et Heidegger qui ont trouvé une traduction en psychiatrie grâce à Jaspers, Binswanger et Von Gebattel puis Minskowski, Mayer-Gross et Ricoeur. L'objet d'étude est le "moi être" dans le monde. Il faut comprendre la façon dont le sujet perçoit et vit le monde. La maladie réalise une réduction de la capacité à vivre et de connaître. L'intuition permet cet accès au diagnostic en valorisant la résonance intérieure. En France, Merleau-Ponty se penchera sur la phénoménologie de la perception.
- L'apport de la neurophysiologie ne va cesser d'augmenter au fil des années depuis le début du siècle où Von Economo établit la cartographie du cerveau. La neurophysiologie se concentre désormais sur l'étude des médiateurs chimiques comme l'adrénaline, l'acétylcholine et la sérotonine. Certaines pensent que l'origine des maladies mentales se situe au niveau histo-chimique. Les psychoses expérimentales plaident dans ce sens. Dans ce même sillage les progrès de la psychopharmacologie ne vont pas cesser de s'accumuler dans cette deuxième moitié du 20<sup>ème</sup> siècle jusqu'à devenir omniprésents.
- Les méthodes psychologiques inaugurées par Binet en 1905 vont se diversifier en diverses techniques pas seulement psychométriques (Rorschach, par ex.).
- Dernière discipline très en vogue en ces temps de décolonisation : l'ethnopsychiatrie. évidemment ! lire *l'Œdipe africain* d'Ortigue et *Travaux* de Lévi-Strauss. (Tristes tropiques)
- Cette pluralité des grandes orientations doctrinales n'a quand même jamais réussi à égarer la psychiatrie française qui s'est toujours efforcée de conserver une position équilibrée notamment face au problème de la



dualité organogénèse-psychogénèse. C'est ainsi que j'ai appris mon métier, avec l'idée consensuelle que l'individu forme un tout indissociable d'ordre bio-psychosocial. Il est vrai que l'influence de structuralisme y était pour quelque chose, de même que l'organo-dynamisme de Henri EY.

La séparation de la psychiatrie d'avec la neurologie en 1970 est un de mes souvenirs les plus marquants. L'affaire couvait en France depuis plusieurs années. Certains voulaient absolument sortir la psychiatrie du contexte médical. La vieille neuropsychiatrie semblait à bout de souffle. La psychiatrie paraissait plus proche des sciences humaines que de la médecine perçue comme une discipline vétérinaire assez subalterne. Du reste des étudiants les plus brillants partaient vers la psychiatrie. Il y avait derrière cette tendance l'influence déterminante de la psychanalyse et de l'antipsychiatrie. A partir de cette date, ceux qui ont choisi psychiatrie ne portent plus de blouse blanche. Ils laissent le marteau à réflexes au fond du tiroir pour trouver un nouvel objet de passion : la politique de secteur. Après tout c'est une façon de refaire le monde ! L'engouement pour la psychothérapie institutionnelle née en 1948 ne fléchit pas. Au contraire. Les structures intermédiaires se multiplient pour atténuer le caractère ségréatif de la pratique asilaire vouée à disparaître. Le travail est désormais pluridisciplinaire, en groupe. L'exercice solitaire n'a plus cours. Les psychologues font leur entrée dans les équipes. La santé mentale devient un grand mot et les hôpitaux commencent à se vider. Les maîtres d'œuvre de cette aventure comme Bonnafé et Daumézou jouissent alors d'une notoriété immense au moins égale à celle de leurs collègues universitaires. Même s'ils s'en défendent, ce sont de véritables mandarins.

Autre souvenir marquant de cette époque : les conséquences des événements de mai 68. Vous vous rappelez du mot d'ordre : il s'agissait "de jouir sans entraves", on disait aussi "qu'il était interdit d'interdire !". Les psychosociologues, pour résumer cette affaire, parlent « d'acte de décès de la société hiérarchique » (JP Dupuy). C'est l'aboutissement pour eux d'un déclin du patriarcat inauguré avec la chute de la monarchie (Delumeau). Depuis la révolution, s'est affaibli petit à petit, ce qui sous l'ancien régime faisait norme commune (ce à quoi les gens se référaient dans le social et en dedans d'eux-mêmes). Et ces références intérieures leur étaient transmises par les anciens, par la tradition. Constaté la rupture d'avec le fil de la tradition ainsi que l'avance d'Hannah Arendt est devenu une banalité au 20<sup>ème</sup> siècle puisque les normes transcendantes héritées d'autrefois n'ont pratiquement plus cours et que s'y sont substitués des vœux d'autonomie où chacun s'affranchit du passé en se cherchant une nouvelle norme qui ne se réfère qu'à elle-même. A cet égard, mai 68 a été exemplaire en tant que désacralisation des héritages traditionnels. Les effets de cette

modernité se sont traduits par une montée vertigineuse de l'individualisme où chacun, désormais, se crée sa propre norme en fonction des repères par lui seul choisis. Il n'est pas besoin de se lancer dans la philosophie politique savante pour comprendre que de tels bouleversements ajoutés à d'autres encore tels que la fin des grandes idéologies... le consumérisme généralisé, le rendement, la productivité, la montée du féminisme, l'incapacité de dire non, l'effacement des différences en matière de sexe et de génération, la délégitimation de toute place reconnue à l'autorité, la prévalence du relativisme généralisé, et j'en passe... dessinent une société nouvelle, fonctionnaliste et juridictionnelle où la fonction paternelle a quasiment disparu (Lebrun). C'est dans ce paysage entièrement modifié par rapport au fil de la tradition, que ma génération va devoir vivre son métier de psychiatre. On peut deviner qu'il faudra déployer de sérieux talents d'équilibriste. Mais dans l'ensemble, ce temps des 30 glorieuses était optimiste : le futur ne pouvait être que forcément meilleur. L'Etat providence, n'était pas loin derrière...

A ces transformations radicales du lien social par rapport à l'époque de mes maîtres, il faut ajouter en cette fin de 20<sup>ème</sup> siècle, les métamorphoses de la médecine. La médecine de plus en plus scientifique, devenue objet de consommation (Gori) va multiplier les prouesses et la psychiatrie n'échappera pas à cette évolution avec le développement des neurosciences. Par rapport à 1970 et mes débuts, la psychiatrie sous mes yeux se re-médicalise puisque la souffrance psychique tend à se réduire à des troubles du comportement plus ou moins connectés à leurs supports biologiques. Les neurobiologistes contemporains ne suggèrent-ils pas que les événements de vie et le stress sont neurotoxiques sur certaines structures cérébrales ? et ils prouvent leurs affirmations, IRM de l'hippocampe à l'appui ! La psychiatrie se re-médicalise par conséquent à grands pas et du coup elle tend à fonctionner sous le régime des preuves scientifiques. En découle l'industrialisation des normes et la transparence comme nouveau mot d'ordre de cette modernité. Désormais, les choses doivent être efficaces, transparentes, visibles, lisibles donc informatisables, chiffrables et évaluables... pour le plus grand bonheur des responsables financiers.

De plus en plus le scopique l'emporte sur l'épistémophilique. L'important n'est pas de comprendre mais de voir. L'emprise du télévisuel est généralisée. La notion de vie psychique disparaît dans un concept de « boîte noire » où le poids accordé à la parole diminue considérablement. Personne ne s'occupe du risque de fabriquer des "faux crédibles" qui viennent renforcer l'idée que l'on voulait démontrer au départ. En dehors de quelques psychanalystes de renom, qui osent faire la critique de ce positivisme des apparences, de cette

sophistique (Jacques Alain Miller) où la psychiatrie est redevenue comme au temps du Dr BAYLE, une discipline médicale comme les autres ? cette nouvelle manière de penser la psychiatrie (psychiatrie médicalisée qui mesure, psychiatrie qui évalue) peut, je crois, être qualifiée de scientifique puisque la foi dans la parole passe après les épreuves formelles de la science. Je vous rappelle que le scientisme c'est l'intégrisme de la Science. C'est la science qui a réponse à tout et qui prétend tout régenter. Le scientisme c'est la science comme religion. C'est vouloir que les sciences disent l'absolu quand elles ne peuvent atteindre que le relatif et qu'elles commandent quand elles ne savent que décrire. Certes des catastrophes dramatiques comme le sang contaminé, la vache folle et le sida sont passés par là, mais est-ce une raison suffisante pour appliquer à la psychiatrie des méthodologies venues d'ailleurs qui ne lui conviennent pas vraiment et qui sont autant de ruses pour fabriquer des résultats espérés conformes aux attentes préalables des expérimentateurs. Attention aux fictions ayant valeur d'exactitudes. Ce sont des constructions illusoire qui ne sont que le produit de notre seul désir. Sophismes de rhéteurs ! se seraient exclamé les pré-socratiques de la Grèce Antique.

Ce tournant scientifique de la psychiatrie semble avoir pris corps dans les années 1980 chez nous en France quand les influences anglo-saxonnes sont devenues prépondérantes pour ne pas dire hégémoniques. Je me rappelle, c'était au décours de la guerre du Vietnam quand s'est posée dans toute son ampleur la question du traumatisme psychique. Notre pays, jusqu'alors sous influence freudienne, a découvert au moment des premiers attentats terroristes sur notre sol que les Etats-Unis (pour régler leur problème de santé publique par rapport aux vétérans du Vietnam) avaient investi des sommes d'argent énormes pour des recherches en psychiatrie. Les publications se sont mises à déferler. Tous les pays affiliés culturellement aux EU ont découvert le PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) dans le DSM III en 1980. Les Français (ni aucun autre pays européen) n'ayant effectué de travaux d'envergure pour faire contre poids au PTSD, les classifications athéoriques américaines se sont imposées d'elles-mêmes avec tout leur cortège méthodologique de critères diagnostiques de type médical. On s'est aperçu, placé devant le fait accompli, que les Anglo-saxons avaient bâti une nosologie simple cognitivo-comportementale autour de laquelle il était facile de réunir un grand nombre d'opinions d'experts. Et quand beaucoup de gens sont d'accord entre eux, il devient facile de confondre la validité du diagnostic avec sa fiabilité. Les diagnostics portés sont fiables parce que reproductibles, réitérables mais pas forcément valides. Les questionnaires standardisés (où le symptôme est évalué de la même façon que le symptôme dyspnée) proposent en plus une normalisation des procédures de

recueil des symptômes à partir de quoi peut s'édifier l'informatique, aidant la nosographie nouvelle. Cette nosographie se mondialise ensuite (le DSM et la CIM10) avec cette croyance inébranlable que la rationalité techno scientifique est supérieure à tout et qu'elle seule doit servir d'étalon universel. La rationalité techno scientifique est devenue notre méridien de Greenwich. Tout se pèse et se soupèse désormais à cette aune-là (Milner).

La psychiatrie vaincue ne cherche même plus à échapper à cette nouvelle manière de penser parce que nous baignons culturellement dans un social profondément marqué par les implicites du discours de la Science. Hier encore le Monde s'ordonnait à partir du verbe, aujourd'hui, ce n'est plus le cas. On écrit.

L'importance donnée à la parole énonciatrice baisse de plus en plus parce qu'on préfère se référer aux énoncés d'apparence scientifique dont l'autorité paraît tellement plus assurée. Autorité presque infaillible parce qu'avec la science tout est théoriquement possible. Les progrès sont incessants et les horizons illimités. La mort elle-même devient une anomalie incongrue, un accident somme toute évitable. La science pour des auteurs comme Hottois nous laisse croire que la pleine satisfaction est possible, qu'elle est à portée de main et que nous pouvons nous affranchir de toute limite. Cette vision est évidemment un leurre, mais le partage collectif de cette UBRIS qui est une utopie produit, dans le social, des effets considérables dont l'évolution actuelle de la médecine est un exemple éloquent. Rien d'étonnant que de nombreux psychiatres surtout parmi les plus jeunes adoptent sans murmurer les nouveaux critères de l'American Society Association. Et si la communauté psychiatrique française reste encore aujourd'hui quelque peu divisée sur ces questions de doctrine, ce n'est probablement plus pour très longtemps.

Nombreux sont ceux qui pensent, parmi les voix les plus autorisées, que les dés, en ce début de 21<sup>ème</sup> siècle, sont définitivement jetés : l'extinction de la fonction de la parole est en train de devenir une réalité. Pour établir une paternité "le dire" ne suffit plus. La décision revient aux analyses ADN ! alors que la transmission de notre spécificité humaine ne relève pourtant pas du registre biologique. Comment s'y retrouver ? En se rappelant que la vie de l'esprit issue de la parole exerce sur l'organique une suprématie, du fait que l'espèce humaine est la seule où l'esprit peut commander aux pulsions. Sans oublier aussi que partout où la parole est en déficit, la transmission culturelle l'est également puisque cette transmission s'effectue à travers les paroles que les anciens adressent aux plus jeunes (voici ce qui se passe actuellement en Afrique).

Le temps presse mais avant de conclure j'aimerais, en toute modestie, vous exposer trois ou quatre idées,



pour moi, importantes et qui pourraient, pourquoi pas, figurer dans un héritage de paléo psychiatre !

### **De quelques idées héritées que j'aimerais pouvoir transmettre pour ne point me dérober à mon devoir de transmission.**

Prenons d'abord le cas de notre corps, de notre enveloppe charnelle. Ce n'est pas qu'un matériau biologique, objet possible de mesures, d'études et de randomisation où la notion de singulier se trouve par nature exclue. Le corps est aussi une expérience vécue et parlée à l'échelon de l'individu. En tant que psychiatre, je me dois de tenir compte de cette distinction parce que ce qui m'importe c'est de faire vivre mon patient en tant qu'humain et pas seulement comme carcasse. Au chevet du malade, je ne saurais oublier que le psychisme n'est pas réductible au fonctionnement neurophysiologique du cerveau. L'homme en souffrance cherche à sortir de sa prison où sa pathologie le confine. Il veut pouvoir penser sa vie et vivre sa pensée librement. Lui faciliter l'accès à cette libération, le remettre en position de pouvoir choisir, c'est une responsabilité éthique ultime qui m'incombe spécialement en tant que psychiatre et qui va très au-delà du simple respect des textes officiels traitant de la déontologie. Que serait la responsabilité d'une parole médicale conforme à la loi, adaptée à la norme statistique des protocoles et qui feindrait d'ignorer la portée de son efficacité symbolique ?

Face au malade qui m'appelle, me consulte et m'interroge, je ne saurais me définir en fonctionnaire d'exécution. Je ne peux pas m'en tirer par une pirouette en obéissant simplement aux consignes de l'administration, en ne respectant que la loi comme si la loi pouvait me dispenser de juger par moi-même lorsque je suis seul devant une situation que personne d'autre ne peut assumer à ma place.

Cette responsabilité morale qui m'incombe devant le patient, je ne peux pas non plus m'en débarrasser en me retournant vers le comité d'éthique de l'hôpital. Parce qu'en matière d'éthique, il n'y a pas de jurisprudence. Le comité est là pour éclairer mon jugement et non pour juger à ma place (Comte-Sponville).

Donc, l'encadrement législatif et réglementaire ne doit pas nous faire perdre de vue que face à un cas particulier, être responsable ce n'est pas seulement subordonner ses actes à des règles préétablies. C'est aussi et surtout être capable de prendre des décisions qui engagent dans le monde des valeurs où se joue une éthique qui n'esquive pas les conflits.

Au final, (comme le suggère Comte-Sponville) nous devons nous autoriser à élaborer notre jugement selon les règles de la casuistique. Une décision finit toujours par impliquer un point d'incertitude. On ne sait jamais

tout. Cette ignorance n'est pas une tare. C'est la marque tout simplement de notre humanité. Reconnaissons toutefois que l'homme moderne supporte mal l'incertitude dont il cherche obstinément à se délester au profit du grand confort des plaisirs de la toute puissance servis par le progrès scientifique.

Cette capacité à juger par nous-mêmes des choses sans nous référer en permanence à des normes extérieures, peut s'illustrer avec un autre exemple : celui de l'enseignement dispensé aux plus jeunes. On sait que depuis 1968 la figure du Maître a été remplacée par des questions à choix multiples. Le Professeur n'est plus qu'un simple transmetteur de connaissances (Lefort). C'est bien regrettable parce qu'il ne suffit pas de communiquer une information pour que celle-ci atteigne son destinataire. Ce qu'il faut surtout pour que l'information arrive, c'est la reconnaissance préalable de l'énonciateur. Transmettre des énoncés scientifiques clairs ne suffit pas contrairement à ce que les publicitaires croient. Pour qu'un individu soit atteint en tant que sujet, pour qu'il y ait une entame, il y a besoin de rajouter au contenu de l'énoncé l'autorité morale de celui qui parle. Sans cela il n'y a que de brouhaha, du bavardage, du vent. La confrontation à l'altérité qui n'est plus de mise dans les processus actuels d'apprentissage du savoir, conduit l'étudiant d'aujourd'hui à échapper à la rencontre avec un autre connaissant. Comment dans ces conditions transmettre un héritage se demande Jean-Pierre Lebrun, psychanalyste à Namur.

Une autre idée à promouvoir vis-à-vis de plus jeunes dans notre métier, est celle concernant l'importance de la parole du malade et du soignant. Je vous ai dit que ces dernières années la parole avait beaucoup perdu de son poids en raison de la confiance exclusive que nous accordons aux énoncés de la science (Van Meerbeeck). Ce sont eux désormais, ces énoncés scientifiques, qui font autorité, ce sont eux que l'on croit si bien que le conformisme ambiant nous pousse à considérer que nous pouvons nous affranchir du recours à la parole. Attention parce que si nous acquiesçons, nous tombons dans les thérapies vétérinaires. N'oublions pas que le soignant participe au sens de l'énoncé que le malade lui adresse. Ce qui se dit dépend de celui à qui ça s'adresse. La signification d'un énoncé dépend aussi du contexte d'énonciation, autant que des effets que le dire produit sur des sujets singuliers. Ce qui se transmet, c'est moins ce que véhiculent nos énoncés que ce que viennent signifier nos énonciations. Nos façons de dire, d'être et de faire sont des vecteurs de transmission.

Les jeunes générations en psychiatrie doivent également savoir que l'impossible fait partie du registre humain, même si les discours implicites de la science nous portent à croire que nous n'avons finalement qu'à gérer des impuissances momentanées.

Je ne peux pas être à la fois un homme et une femme. Mon nom s'impose à moi puisque je ne peux pas être indéfiniment élargi dans la subjectivité des gens. Je n'ai pas la libre disposition de ma place au sein de ma propre famille. Je ne pourrai jamais me libérer totalement des misères liées à l'irréversibilité du temps qui passe. Je suis, hélas, mortel que cela me plaise ou pas.

Il serait facile de citer d'autres exemples attestant que l'homme n'est pas Dieu !

Au chevet du malade, il y a lieu par conséquent de rétablir cette catégorie de l'impossible. Le NON porté par la langue ne repose plus aujourd'hui que sur les seules épaules du sujet. On ne trouve plus inscrit dans le social à l'ordre des générations antérieures. Donc, il devient très difficile à transmettre, ce qui ouvre tout droit sur un univers sans limite où pullulent toutes les puissances infantiles (JP Lebrun). Voir à cet égard les paroles de la "chute de la genèse" : tu gagneras ton pain à la sueur de ton front, tu enfanteras dans la douleur, etc. Ces paroles métaphoriques de sagesse ancestrale ne doivent pas être frappées d'obsolescence. Il faut continuer de les faire vivre parce qu'elles nous parlent au cœur de notre humaine condition en nous évitant de tomber dans les illusions scientistes où l'orgueil de l'homme veut obstinément avoir le dernier mot, c'est-à-dire, toujours plus, toujours plus de jouissance dirait Melman.

Or, la réalité de la vie c'est que tout ne se peut pas. Mais de cette limitation incontournable plus personne aujourd'hui ne veut entendre parler. En témoignent les slogans démagogiques du genre : « la santé pour tous absolument » (OMS 1991). En témoignent encore tous ces droits inédits distribués *larga manu* aux citoyens consommateurs sans contre partie dans l'ordre des devoirs. Comme le subodorait déjà Tocqueville en son temps, nos contemporains ne veillent plus qu'au confort de leur autonomie, ce qui les conduit à se plaindre sans cesse de ne point recevoir les moyens de se débarrasser des contraintes ! La visée politique de nos jours ne se contente-t-elle pas de faciliter la vie de chacun ? et de placer la restriction budgétaire comme seule limite à la revendication du citoyen ? En médecine les patients toujours plus exigeants nous supplient de leur épargner les affres du malaise inhérent à l'existence, comme s'il fallait les guérir du fait d'être humain. Ils ne se rendent pas compte de l'absurdité de leur requête et ils continuent malgré tout à réclamer inlassablement la guérison pour cette maladie mortelle qu'est la vie !

Au lieu de multiplier sur le mode médical les prescriptions médicamenteuses (qui laissent croire qu'une solution pharmacologique existe aux angoisses métaphysiques), ne conviendrait-il pas, nous qui ambitionnons d'être thérapeutes, de changer de registre et de

perspective en invitant nos patients à philosopher avec nous ? l'occasion s'en présente au quotidien plus qu'il n'y paraît lorsqu'ils nous adressent cette supplique mille fois entendue : « docteur, je suis triste, angoissé, fatigué, ne pourriez-vous pas me donner quelque chose ? » pourquoi pas, mais toute tristesse est-elle pathologique ? et en plus dans ce domaine des affects, la frontière est souvent floue entre le normal et le pathologique. Que dire ? la question est-elle indécidable ? je ne crois pas, parce que limite floue n'est pas absence de limite et parce que le malheur n'est pas obligatoirement une maladie. Un certain recadrage est donc possible. Si nous ne faisons pas cet effort nous tombons dans la médicalisation de l'existence (Gori). Dieu est mort, Marx aussi, vive la sécu !

De telles dérives ne sauraient nous laisser indifférents. Si nous nous souvenons qu'une des paroles médicale déshabillée peut conduire, scientisme aidant, jusqu'à de telles extrémités, nous serons, je l'espère, motivés pour relancer notre réflexion éthique et faire en sorte que ne vole jamais en éclats la consistance épistémologique de notre psychiatrie. Par-delà cet aspect technique de prescriptions médicamenteuses, une grande affaire en outre se profile à l'horizon dont l'enjeu n'est pas mince : comment la société occidentale contemporaine va-t-elle se débrouiller avec « ce malaise » qu'elle provoque elle-même ? une interrogation que j'ai choisie pour son acuité, de placer en clôture de mon propos.

## En conclusion et en résumé

Le marquage de notre social par le discours de la science est une caractéristique majeure de notre civilisation occidentale désormais.

Mais cette science, qui au 18<sup>ème</sup> siècle apparaissait pleine de promesses comme une formidable puissance libératrice de l'homme, se donne maintenant à voir sous les traits moins favorables d'un pouvoir potentiel oppresseur en raison de ses dérives scientistes qui se révèlent inhumaines.

C'est ce grand paradoxe qui est aujourd'hui au cœur de notre héritage, à nous les professionnels du soin. Et comme tout héritage, il convient maintenant d'en faire l'inventaire et surtout de se l'approprier selon la formule célèbre de Goethe extraite de *Dichtung und Wahrheit* : "ce que tu as hérité de tes Pères, acquiers le aujourd'hui pour mieux le posséder".

Pour construire ce propos, j'ai beaucoup emprunté à la pensée de Lantéri-Laura, disparu soudainement au mois d'août de l'année dernière. C'était un des plus grands phénoménologues français. Nous lui devons beaucoup.

In memoriam.



**Oumar SANGARE**

Attaché de santé en  
psychiatrie  
Sociologue  
sanganomar@yahoo.fr

## MECANISMES DE TRANSMISSION DU SAVOIR DANS LA SOCIÉTÉ TRADITIONNELLE AFRICAINE CAS DU BURKINA FASO

*Mesdames et Messieurs bonjour, avant de commencer je tiens à dire merci à Mrs. A. S. MUNGALA, Abili Likimba et Lumwamu F, trois grands auteurs dont les travaux m'ont servi de guide dans la préparation de mon exposé ; à vous également, je tiens à dire merci pour la mobilisation qui témoigne de votre intérêt pour la culture de manière générale et la culture de l'autre en particulier ; C'est une démarche assez révélatrice de cette qualité qui fait l'homme, à savoir le besoin d'élargir son champ de connaissance, ce qui nous amène à échanger, à nous cultiver à travers la transmission d'informations et du savoir.*

*En parlant justement de transmission de connaissances ou du savoir, c'est connu que toutes les sociétés ont à un moment ou à un autre développé des mécanismes de transmission de connaissance. En ce qui concerne la société traditionnelle africaine, qui est connue pour sa*

*tradition orale, les mécanismes de transmission des connaissances visent à transmettre de génération en génération les us et coutumes dont la pratique vise à protéger et à perpétuer la vie du groupe. Cette logique se place dans une dynamique sociale qui veut que toute société, qui veut continuer à exister, doit produire des connaissances, les développer, les protéger afin de pouvoir en temps opportun les transmettre aux générations futures ou alors s'abîmer, dépérir et disparaître. Notre analyse se situe donc au niveau des valeurs fondamentales de l'éducation traditionnelle ou plus précisément du savoir africain vu dans sa totalité avec une particularité pour l'initiation de ceux-là qui sont choisis pour assumer le statut de guérisseur. Mais avant cela, nous devons expliciter le sens de certains concepts tels que : tradition, rite, éducation traditionnelle, guérisseurs.*

### I. ANALYSE DES CONCEPTS

#### 1.1. Tradition

La tradition, selon Mr. A. S. MUNGALA, est un ensemble d'idées, de doctrines, de mœurs, de pratiques, de connaissances, de techniques, d'habitudes et d'attitudes transmises de génération à génération aux membres d'une communauté humaine. Du fait du renouvellement perpétuel de ses membres, la communauté humaine se présente comme une réalité mouvante et dynamique. Ainsi, la tradition revêt à la fois un caractère normatif et fonctionnel.

Ainsi, vous conviendrez avec moi que la tradition ne se présente pas essentiellement comme une institution figée, conservatrice, rétrograde et insensible aux changements, mais comme un sous-système mouvant et dynamique faisant partie de la vie elle-même. Elle n'est donc pas collée de manière irréversible au passé, elle ne doit pas non plus être perçue comme systématiquement opposée au modernisme. En somme, la tradition, tout comme la culture c'est la source vitale de toute société, on peut tout perdre sauf sa culture c'est-à-dire ses racines. Car la tradition est pour toute société ce que sont les racines pour un arbre ; comme vous le savez le baobab a beau être le plus majestueux des arbres de la forêt, sans racine il ne peut tenir debout...

#### 1.2. Education traditionnelle africaine

L'éducation traditionnelle a mon avis est celle qui a permis aux générations antérieures de transmettre aux générations présentes et futures les us et coutumes, les systèmes de représentations selon des méthodes endogènes africaines. Cette éducation ne doit donc pas être considérée comme temporelle encore moins figée dans le temps ou dans l'espace. Elle n'est pas incompatible ou opposée à la modernité.

#### 1.3. Guérisseur

C'est l'Homme (avec grand H) qui joue le rôle d'intermédiaire entre le monde visible qui est celui des vivants c'est-à-dire le monde matériel et le monde invisible qui est celui des morts et des esprits c'est-à-dire le monde immatériel. Son mode de désignation est variable d'un guérisseur à un autre. Il est parfois doté de pouvoir de divination mais toujours doté d'une grande connaissance des plantes ; il est sollicité pour guérir le mal, combattre les esprits maléfiques et mettre fin à l'infortune ou la mauvaise chance. Il n'est pas à confondre avec le sorcier, car ce dernier dans la définition étymologique du terme est plutôt du côté des forces maléfiques chargées de jeter des sorts, de transmettre le mal à autrui pour son compte personnel ou sur commande d'un tiers. Lorsque le guérisseur est doté de pouvoirs de divination, il sonde le passé et scrute le futur en invoquant les esprits pour trouver une réponse au mal qui ronge l'individu ou le groupe, après cela il essaye de trouver les remèdes au mal ; ces remèdes sont en général à base de racines, d'écorces, d'offrandes ou d'invocations adressées à Dieu, aux esprits ou aux ancêtres. Il faut cependant faire la distinction entre guérisseur, qui est l'homme ou la femme qui répond à définition que nous venons de donner et le devin guérisseur qui est celui ou celle qui en plus du secret des plantes et des animaux possède également l'art de la divination.

#### 1.4. Rites

Les rites sont une forme spécifique de rituel, c'est-à-dire une série stéréotypée d'activités prenant place dans un lieu circonscrit, à un moment spécifique, dans le but d'influencer des forces surnaturelles. C'est en mot un ensemble de pratique mystiques ou religieuse

qu'un individu, un groupe ou une communauté pratique selon des règles prescrites, et de manière périodique.

## II. LES TECHNIQUES D'ÉDUCATION

L'éducation traditionnelle en Afrique peut être considérée comme multidisciplinaire dans la mesure où elle utilise diverses techniques qui servent de canaux pour la transmission du savoir ; cette technique permet de joindre l'utile à l'agréable, permet de moraliser sans fâcher, permet d'éduquer sans ennuyer, permet d'instruire tout en forgeant la personnalité. Cette méthode tient compte des besoins fondamentaux en rapport avec l'âge de l'enfant ainsi que son développement psychomoteur ainsi qu'à son niveau de socialisation. Les principales techniques éducatives utilisées sont : les contes les devinettes, les légendes, les proverbes, la peur, les rites d'initiation, etc.

## III. LES ACTEURS TRANSMETTEURS DE LA TRADITION ORALE

En Afrique, la transmission de la tradition est l'affaire de tout le monde, surtout si elle doit se répercuter sur l'éducation des enfants. C'est ainsi que la famille proche est impliquée dans le processus de transfert des connaissances au même titre que les griots, vrais professionnels de la parole, mais aussi les conteurs, les chanteurs ou encore les écrivains africains qui, un peu plus tard, se sont efforcés d'intégrer la tradition dans leurs œuvres.

### 3.1. La famille

Très fréquemment en Afrique, c'est le père qui instruit son fils et la mère, sa fille. Dans certaines sociétés, l'oncle utérin joue un rôle plus important que le père auprès du garçon, celui-ci étant plus libre avec lui qu'avec son père et le questionnant plus volontiers. Le jeune garçon qui accompagne son père ou son oncle au champ, à la chasse ou à la pêche, la fillette qui aide sa mère, qui se rend avec elle au puits, au marché, à la fontaine, reçoivent non seulement une instruction technique mais toutes sortes d'informations sur le milieu naturel ou la vie sociale, dont le prétexte est généralement trouvé dans la tâche qu'ils sont en train d'accomplir ou les rencontres faites en chemin.

### 3.2. Les grands-parents

C'est à eux qu'incombe le plus la transmission de la tradition aux enfants en fonction de la sagesse procurée par l'âge mais aussi de leur disponibilité. Ils apparaissent partout comme des agents éducatifs importants dans les domaines qui n'ont pas directement trait à la productivité, et en particulier dans l'enseignement oral. Leur rôle n'est nullement négligeable sur le plan de l'intégration sociale proprement dite. Ils servent de

trait d'union entre le passé et le présent. C'est souvent chez eux que va habiter le petit enfant après les récoltes ou pendant les vacances.

On remarque qu'à l'inverse de la relation qui lie l'enfant à ses parents, ses rapports avec ses grands-parents se caractérisent par une sorte d'égalité, de connivence, d'alliance tacite, de propension à la plaisanterie.

C'est la grand-mère qui est la plus compétente dans la transmission orale des connaissances. En effet, dans toutes les sociétés, la grand-mère est ce personnage caractérisé par une grande tolérance, une expérience humaine qui en fait la "bibliothèque humaine". Elle occupe une place de choix dans la conservation des valeurs traditionnelles. Dans l'Afrique traditionnelle, la grand-mère était la seule habilitée à parler ouvertement de sexe aux enfants, qui en profitaient pour poser toutes sortes de questions.

Il convient toutefois de noter qu'en Afrique tout vieillard peut intervenir dans la transmission de la tradition, qu'il soit ou non le grand-parent de l'initié. Les personnes âgées sont des sources toujours disponibles qui, dégagées des corvées quotidiennes, peuvent mettre leur expérience et leur mémoire au service de l'éducation des enfants. En Afrique l'être humain est comparable au bon vin dans la société occidentale, car plus il vieillit, plus il devient précieux aux yeux de la communauté... C'est justement ce qui a fait dire à l'homme de culture Ahmadou Hampaté Bâ "en Afrique, un vieillard qui meurt, c'est une bibliothèque qui brûle".

### 3.3. Les professionnels de la parole / les griots

Le griot a de tout temps été considéré comme le détenteur de la parole, par conséquent la mémoire sociale du groupe. Il retient les faits et les événements importants de son temps mais aussi des temps passés, que ses pairs lui ont confiés pour qu'il les restitue aux générations futures. C'est ainsi que, véritable professionnel de la parole, le griot veille à leur bonne transmission. On fait appel à lui lors des événements importants pendant lesquels il ne se fait pas prier pour reconstituer la généalogie d'une famille donnée au son de la kora ou d'un autre instrument de musique selon le type de société. Périodiquement, de grandes réunions à caractère ésotérique rassemblent les griots initiés pour des récapitulations de l'histoire des peuples. Lors de ces cérémonies, les plus jeunes d'entre eux acquièrent de nouvelles connaissances. Les aînés leur présentent des sites sacrés, tombes ou anciens autels, leur apprennent les systèmes de décompte du temps pour chaque ethnie et les formes anciennes des langues qui permettent aux chefs des sous-groupes de se comprendre. Autres agents qui interviennent dans la transmission de la tradition orale sont les conteurs, qui ont toujours des messages à véhiculer lors des veillées nocturnes, mais aussi les chanteurs qui puisent à volonté dans le répertoire national.



### 3.4. Le responsable coutumier

C'est le garant de la tradition dans la société africaine ; il est responsable des cérémonies coutumières, traditionnelles à caractère rituel. Il est fortement impliqué dans les cérémonies d'initiation, qui ne peuvent se faire dans le village sans son accord. Dans l'organigramme du pouvoir traditionnel, il est considéré comme le ministre chargé des cultes...

## IV. INITIATIONS ET RITES DE PASSATION CHEZ LES GUÉRISSEURS

### 4.1. Place du guérisseur dans la vie sociale en Afrique

Le guérisseur, le guérisseur-devin ou le tradithérapeute ou encore le tradipraticien est une personnalité centrale dans la vie sociale ou plutôt dans la vie tout court de l'Africain. C'est une personnalité respectée et craint pour ses pouvoirs surnaturels, pour son savoir, pour sa grande connaissance des plantes, pour sa capacité de faire aussi bien le mal que le bien. Il jouit d'une grande considération car c'est la personne qui sert d'intermédiaire indispensable et irremplaçable entre le monde visible et le monde hermétique de l'invisible. Il est constamment sollicité, soit pour guérir, pour interpréter un rêve, pour désenvoûter, pour combattre les esprits et les mauvais sorts.

C'est aussi le guide et le spécialiste chargé d'organiser sous la direction du chef coutumier, les cérémonies d'initiation, les rituels précédant le début de la culture (pour demander non seulement l'autorisation mais aussi la protection des esprits, des ancêtres...) ou la fin de la récolte (pour remercier les esprits pour la bonne récolte engrangée...) sous peine d'encourir la colère du monde invisible qui peut se traduire par des épidémies, une catastrophe naturelle, une malédiction.

Dans la société africaine, lorsque quelqu'un commet une faute (tabou, inceste, victime de malédiction de la part d'un vieillard, etc.) c'est encore le guérisseur qui est sollicité pour sonder les ténèbres, transmettre la doléance des vivants aux esprits, aux ancêtres et recueillir leur réponse qu'il décrypte, interprète pour ensuite transmettre la conduite à tenir aux profanes c'est-à-dire aux non initiés.

### 4.2. Les modes de désignation

Le mode de désignation des guérisseurs, ou du moins de ceux qui seront élevés à ce prestigieux rang est variable ; aussi sans être exhaustif, on peut citer :

- L'héritage
- La désignation par les esprits
- La formation auprès d'un maître guérisseur
- Le don inné ou acquis

#### a) L'héritage

Il s'agit là d'une personne qui est dotée d'une prédisposition naturelle et qui est issue d'une famille de guérisseurs, soit par son père ou par ses oncles ou par un ou

des frères (ou sœurs) aîné (e)s. La personne peut être issue d'une fratrie de plusieurs personnes, en ce moment, le patriarche de son vivant détecte par l'observation et la divination, la personne parmi ses enfants qui a le plus de prédisposition et qui a la préférence des esprits pour assumer cette fonction ; une fois cette étape franchie, le jeune élu est autorisé à participer à toutes les séances de consultation de son père sans avoir la voix au chapitre et ce pendant plusieurs années. Ainsi la formation se fait par l'observation et la pratique ; la formation comprend une première partie qui consiste à observer, à regarder le père pratiquer sans parler cela peut durer plusieurs mois ; la deuxième partie, qui correspond à une période où le jeune a démontré des aptitudes, le père le laisse pratiquer en sa présence et sous son contrôle ; il n'a toujours pas le droit de pratiquer seul face au malade (cette phase peut aussi durer plusieurs années. La troisième et dernière partie correspond à la cérémonie d'initiation qui consacre officiellement le jeune guérisseur dans ses fonctions. La durée de cette formation est variable en fonction de la capacité d'assimilation de l'intéressé.

Le but de la cérémonie d'initiation est multidimensionnel, il vise à :

- solliciter la protection des esprits et des divinités
- donner un signe de respect aux autres guérisseurs, ce qui entre en droite ligne dans la tradition de respect dû aux anciens
- de présenter le nouveau guérisseur à sa communauté.

C'est seulement après cette ultime et dernière étape que le jeune guérisseur est autorisé à pratiquer son art ; seulement cette pratique ne deviendra réellement autonome qu'à la disparition de son père, ou bien lorsque celui-ci est très avancé en âge au point de ne pouvoir pratiquer son art, en ce moment il autorise son fils (en général l'aîné) à pratiquer de manière régulière et permanente son art, à ce moment le fils succède à son père.

1<sup>ère</sup> partie : détecter l'enfant à former

2<sup>ème</sup> partie : faire des rites de désignation qui consistent à solliciter l'autorisation des esprits et des ancêtres ainsi que leur protection afin que le jeune n'offense pas les esprits, ainsi que les autres guérisseurs en pratiquant son art.

3<sup>ème</sup> partie : formation théorique et pratique

4<sup>ème</sup> partie : cérémonie d'initiation

#### b) La désignation par les génies (génies)

C'est le mode électif, l'intéressé est désigné par des esprits. Il s'agit d'une personne qui n'avait auparavant manifesté aucune prédisposition à l'art divinatoire, et qui du jour au lendemain acquiert des dons de divination et de guérison. Ce mode de désignation est en général précédé par une expérience d'agitation et de comportement inhabituel. La personne tombe en transe, raconte des choses extraordinaires : sa rencon-

tre avec les génies, les visions qu'il aurait eues, l'exigence des génies, ce qu'ils attendent de lui, les rites à faire, les interdits à respecter... Cette manifestation peut durer quelques semaines, voire quelques mois avant que l'intéressé ne recouvre son état antérieur.

Au vu de cela les sages du village s'adressent à un devin pour en savoir plus : est ce que cela va lui porter bonheur, que faut-il faire pour que le jeune guérisseur continue à bénéficier de la protection des génies bien-faisants etc.

C'est après avoir étudié tous les contours de la question auprès des voyants qu'une cérémonie d'initiation sera organisée visant à solliciter les mêmes effets que ceux que nous avons sollicités plus haut. Alors la famille et la communauté sont obligées de se soumettre au destin de l'élu.

#### c) La formation auprès d'un maître guérisseur

Il s'agit là d'une personne qui a un penchant pour les secrets des plantes et l'art divinatoire ; il peut avoir parfois quelques visions, des prémonitions, etc et qui se décide à parler de son vœu à sa famille qui se charge d'entreprendre des démarches auprès d'un guérisseur réputé à qui on confie la formation de la personne. Cette démarche qui peut durer quelques mois voire quelques années, est menée par le père de l'intéressé entouré de quelques vieux de la communauté.

Une fois accepté, le jeune homme se soumet aux différents stades de la formation qui peut durer quelques années et qui sera sanctionnée par la cérémonie d'initiation.

#### d) Le don inné

Il s'agit d'une personne qui a manifesté depuis son enfance des aptitudes à la divination ou à la guérison ; cet enfant est en général signalé par les devins à la famille bien avant la naissance de l'enfant ; dès lors des rites préparatoires sont menés pendant la grossesse de la mère. Il s'agit des décoctions destinées à la mère en grossesse pour son bain, offrandes quotidiennes aux mânes, esprits ancestraux, divinités et autres sacrifices sont faits pour préparer l'arrivée de l'enfant, afin que l'accouchement se passe dans des bonnes conditions aussi bien pour l'enfant que pour la mère.

Il faut cependant noter que quel que soit le mode de désignation, le jeune guérisseur doit obligatoirement passer par le rite d'initiation pour être reconnu aussi bien par les hommes que par les esprits et les divinités.

## CONCLUSION

Tout au long de cette analyse, nous avons essayé de disséquer le mécanisme de transmission du savoir dans la société africaine; aujourd'hui tiraillée entre le rouleau compresseur de la modernité et la solidité de ses racines traditionnelles.

Nous pouvons retenir que la tradition orale, en dépit de

son apparente fragilité a permis de faire traverser des siècles à nos valeurs culturelles, véhiculées par les contes, les devinettes, les légendes, les proverbes, les rites d'initiation, grâce au dynamisme de certaines institutions comme la famille, les grands-parents, les guérisseurs et responsables coutumiers, les griots et les conteurs qui constituent une véritable mine vivante d'informations. Je m'en voudrais de ne pas profiter de cette tribune pour saluer le rôle combien immense et déterminant des vieillards, affectueusement et respectueusement appelés les « vieux » qui continuent dans l'Afrique d'aujourd'hui à servir de boussole et de source inépuisable de savoir à la jeunesse souvent désespérée ; le vieillard est le bien le plus précieux de la société africaine, il sert de courroie de transmission entre le passé et l'avenir. Ce mécanisme a également permis à nos sociétés de conserver des valeurs certaines dans les domaines du savoir-faire, du savoir-dire et du savoir-être. En parlant de savoir faire on peut citer des techniques culturelles acquises de manière empirique, après des siècles de pratiques et qui permettent aujourd'hui à nos paysans de réduire un temps soit peu les méfaits d'une nature souvent hostile. Dans le domaine de la santé, face à des fléaux aussi ravageurs et destructeurs que le Sida et d'autres pathologies émergentes, qui déciment les populations africaines avec une brutalité jamais égalées, l'humanité, impuissante et désarmée a le regard aujourd'hui tourné vers nos guérisseurs et leurs plantes médicinales sur qui tous les espoirs reposent, on peut se référer aux recommandations de l'OMS à ce sujet.

Comme on peut s'en rendre compte, l'éducation traditionnelle en Afrique renferme plusieurs valeurs très séduisantes qu'il importe non seulement d'identifier, mais aussi de sauvegarder et de préserver de la destruction, de la fragilité à condition de la débarrasser de certaines pratiques néfastes ; oui vous avez compris tout n'est pas positif mais tous n'est pas négatif non plus.

L'Afrique se retrouve aujourd'hui de plain-pied dans un monde caractérisé par un développement scientifique, indéniable avec une nette domination des nouvelles technologies de l'information et de la communication. C'est aux Africains de savoir faire aujourd'hui un juste dosage entre la nécessité de la modernité qui implique ouverture et mondialisation et les exigences de la tradition qui constituent les racines nourricières de notre peuple.

Je vous remercie !

## BIBLIOGRAPHIE

- Mungala A.S. *L'éducation traditionnelle en Afrique et ses valeurs fondamentales*, Paris, Seuil, 1965.
- Abili Likimba : *L'éducation traditionnelle en Afrique et ses valeurs fondamentales*. Communication présentée au Colloque du Centre de Recherche et de Pédagogie Appliquée (CRPA) sur le thème "Valeurs et anti-valeurs des traditions zairoises" (Kinshasa, 13-17 avril 1961), ronéo 1981.
- Lumwamu F. : *Le sens de la tradition*, in Recherche, Pédagogie et Culture, n° 2, p. 30, mai-août 1977, p. 3-5.



## V' LÀ LA RELÈVE !

### SERPSY & TEXTES EN COULEURS



**Olivier MANS**

Vice président SERPSY  
Cadre supérieur de santé  
Caen

[WWW.SERPSY.ORG](http://WWW.SERPSY.ORG)  
Allez y voir !

*Serpsy signifie : Soins Etudes et Recherche en PSYchiatry. C'est une association qui milite pour une démarche de prendre soin, originale et imaginative.*

*Prendre soin de toujours garder une place à l'écriture de notre travail, à sa communication, à des échanges avec d'autres professionnels.*

*Prendre soin de ne jamais oublier notre histoire, celle de la psychiatrie publique, celle du secteur, celle de la folie.*

*Prendre soin d'évoluer, de garder entier le désir de mobilité, de changement, d'innovation malgré le risque de retour en arrière induit par les économies d'échelle imposées au système de santé.*

*Prendre soin de promouvoir une vision de l'homme qui ne soit pas restrictive aux seuls diagnostics qu'ils soient médicaux ou infirmiers.*

*Prendre soin de toujours lutter pour la défense des droits de l'homme qu'il soit en bonne santé ou malade, hospitalisé ou chez lui, suivi en HAD, en VAD ou rencontré au hasard d'une maraude.*

*SERPSY, au travers de son site Internet et en particulier du Forum, est devenu un outil pour communiquer, pour réfléchir, pour se révolter, pour échanger, informer. Etudiants, usagers, professionnels voire plus si affinité... Allez savoir qui c'est qui cause et à quoi bon, l'essentiel restant, le message est là, lisible, par tous, pour tous.*

## BLEU

Serpsy ce sont des professionnels engagés dans leurs services, auprès des patients, parmi d'autres professionnels, mais ce sont aussi des militants, des usagers, ex-usagers, présents dans d'autres lieux de réflexion, journées de formations, colloques, congrès, revues professionnelles, associations, syndicats voire le ministère de la santé.

Partout où le soin est en souffrance, partout où il est en espérance, en innovation, partout où il se pense, se conjugue au pluriel, SERPSY répond présent.

Loin de vouloir annoncer des certitudes, proclamer des dogmes ou inventer de nouvelles théories, nous venons avec nos interrogations face à notre pratique et dans un état d'esprit permanent de doute, seul à même de nous faire avancer.

SERPSY ce sont des écrits, des récits, de la poésie. Sucrés, salés, à vous de juger, de décoder.

BLEU, BLANC, ROUGE, trois textes pour être en phase avec l'actualité.

BLEU, BLANC, ROUGE pour parler du tutorat.

Bleu comme début, blanc comme notre blues, rouge colère.

Un dernier VERT pour conclure. Une note d'espoir. En hommage à nos jeunes collègues soi-disant pas assez mûrs.

Quelques hommes jouent aux cartes derrière la fenêtre, je suis dehors eux dedans. Les uns transparents, d'autres en blanc, moi en bleu.

"Tu dors facilement au moins ? !" demande Raymond Lauberge, infirmier surveillant à l'hôpital psychiatrique de Villejuif.

"Oui, sans problème" réponds-je pensant naïvement que cette question concerne la première nuit, la première journée de travail que je vais passer à l'asile.

Un tour de passe Deny, la clef du paradis et nous voilà dans un hall très éclairé. L'odeur de ce lieu est envahissante, une odeur renfermée au sens le plus inquiétant du terme.

"Combien de temps, combien de temps passé dans ce fauteuil en cuir ?" : demande Charlélie à la radio. Nous sommes en 1982 et c'est l'hiver.

63 lits et des bonshommes dedans, deux longs couloirs à l'étage, au rez-de-chaussée le service fermé. Un service encore plus fermé que les autres, un endroit dont on ne s'évade pas et où la nuit tout le monde dort grâce à la chimie.

Je suis assis dans la pharmacie, tentant de lire je ne sais quoi, j'ai peur de la folie, je la sens autour de moi, endormie, elle fait du bruit.

"En cas de problème, tu nous passes un coup de fil, nous sommes là-haut, un qui veille l'autre qui dort, ici tu ne fermes pas l'œil de la nuit, demain on inverse les rôles, c'est la règle !"

Peu de consignes, quelques mots seulement, rassurants d'ailleurs, sur un monde qui mériterait plus d'égard de la part des hommes debout.

Les nuits suivent, je prends confiance, j'apprivoise l'ambiance, peut-être l'inverse, je deviens un asilaire.

## BLANC

Y a des jours comme ça faudrait pas aller s'excuser auprès d'un collègue pour une prochaine absence à la prochaine réunion.

"Ah ! Tu viens pas ? Ben y a pas de raison, ça va te coûter."

Donnant donnant ! Gagnant gagnant ! Je traduis en parler gestionnaire, c'est pour les cadres qui sont dans la salle. Surtout ne levez pas la main, on risquerait de s'apercevoir que vous êtes beaucoup, que nous sommes beaucoup trop... à avoir choisi de participer à la journée concurrente proposée aujourd'hui à CAEN. Une histoire de mutation, de réforme je crois. Une histoire qui parle de Pierre, de Pôle, de Jacques. Notre histoire en somme.

Gagnant gagnant ! On n'a rien sans rien...

C'est un luxe aujourd'hui de pouvoir nous rencontrer et discuter ensemble sur nos pratiques, de notre quotidien soignant, soit cadre. J'allais oublier, quotidien de soigné, surtout ne levez pas la main on risquerait de s'apercevoir que vous êtes vraiment peu, voire le plus souvent absents de ce type de rencontre.

C'est un luxe aujourd'hui de pouvoir nous rencontrer et discuter ensemble.

Un problème pour le terrain, comment être dedans et dehors, comment savoir si on agit bien sans pouvoir faire les quelques pas de côté salutaires à l'exercice.

Un problème pour la psychiatrie, comment faire une démarche de soin, comment soigner les hommes là où ils vivent en restant à l'intérieur ?

Y a des jours comme ça faudrait pas aller s'excuser auprès d'un collègue pour une prochaine absence à la prochaine réunion.

"T'aurais pas quelque chose à dire sur le tutorat, y a Croix Marine qui cherche un intervenant pour dans un mois ! ».

Tutorat, tutorat, ça me parle pas plus que ça à moi. J'ai comme un blanc. Pourtant en réunion d'asso on aborde, on saborde, difficilement ce sujet.

Ce que je sais, ce que je vois, c'est que les aspirants tuteurs sont majoritairement issus du diplôme d'Etat. Un paradoxe de plus pour la psychiatrie. Doit y avoir une, des raisons...

Ça fait des lustres qu'on dénonce la mise à mort du diplôme d'ISP, 15 ans déjà, les dinosaures comptez-vous, les dinosaures comptons-nous ! Surtout ne levons pas la main, on risquerait de s'apercevoir que nous sommes de moins en moins...

Ça fait des lustres qu'on dénonce la mise à mort du diplôme d'ISP, ça fait des lustres qu'on dénonce que la clinique fout le camp, qu'on a jamais autant attaché, qu'il faut absolument faire machine arrière, proposer une formation en Y, à trois, 4, 5, 6 branches ou tout simplement une formation de psychiste.

Avant hier : Infirmier de Secteur Psychiatrique, hier : en extinction, aujourd'hui : Infirmier de la génération per-

due, derniers tuteurs inespérés d'un environnement bancal. Allez comprendre ?

Peut-être parce que demain : plus de secteur et donc plus d'infirmier ad hoc ?

Aidez-vous les uns les autres et le ciel tiendra !

Un truc gaulois, pour pas que cela se casse la gueule, y a ka mettre quelque chose en dessous jusqu'à ce qu'on trouve une autre idée.

Zavez compris, va falloir tenir le coup, mais combien de temps encore ?

Combien de temps, combien de temps passé... ?

Dernier tour sur la piste aux étoiles, fini de faire le clown, le soignant saltimbanque vous salue bien de sa banquise clinique.

Finis le temps où l'on faisait cuire les steaks tous ensembles, fini le temps où le soin était plus affaire de cuisine que de dosage, fini le temps où l'institutionnel faisait lien.

Préparons-nous à l'ère glaciaire. Les uns attachés à leurs chaînes froides, les autres attachés, tout court. Un principe de précaution que nous nous devons de remplacer par : "N'avalons pas n'importe quoi et nous préviendrons la déliquescence".

Tutorat, tutorat, ça me parle pas plus que ça à moi. Qu'ai-je donc de si précieux à partager ? Quelles règles de bonne conduite ai-je à proposer ?

C'est quoi au fond ma pratique ? Qu'est-ce qui fait que quand je m'assieds à côté de cet autre moi-même qu'on dit fou, il se passe quelque chose ?

Quelque chose qui met à mal toutes les études statistiques ou évaluatives : à partir du moment où on commence à prendre soin de quelqu'un, il va mieux.

Une histoire simple. Celle du soin. Une idée, un fait à protocoliser d'urgence.

Facile à dire mais comment faire ?

Comment formater le fonctionnement de mes étagères à mégot ? Car c'est bien de ça qu'il est encore question aujourd'hui. Comment partager ce qui fait science et art de l'écoute et de l'écho ?

Déjà, comme pré-requis, entendons-nous tous la même chose ? Entendons-nous bien ?

Comment partager ce qui fait science et art de l'écoute et de l'écho ?

Supervision, régulation, séniorisation, analyse des pratiques, analyse tout court ? Tout ça en trois jours ?

Très court en effet, trop court. A moins que ? Le Coaching ? Non je ne l'ai pas dit. Vous avez entendu vous ? J'ai dit ça moi ? Gaffe quand même...

Comment partager ce qui fait science et art de l'écoute et de l'écho ?

C'est quoi au fond ma pratique ? Qu'est-ce qui fait que quand je m'assieds à côté de cet autre moi-même qu'on dit fou, il se passe quelque chose ?

Qu'ai-je à partager ? Qu'est-ce que je veux partager mais surtout qu'est-ce que je ne veux pas partager ?

Comment lister ce que je n'accepte pas, ce que je n'accepte plus ? A commencer par les listes. Un truc très actuel ça, les listes...



Comment lister ce que je n'accepte pas, ce que je n'accepte plus ?

- ! Une loi qui confond malades et délinquants,
- ! Le fichier national des personnes en hospitalisation d'office,
- ! Ne plus pouvoir penser,
- ! Ne plus pouvoir panser,
- ! Tutorer,
- ! Attacher,
- ! Enfermer,
- ! Associer isolement & thérapeutique,
- ! Me plaindre,
- ! Plein d'autres choses mais surtout,
- ! Devenir, redevenir CRS de la santé,
- ! Les renforts musclés,
- ! Les alarmes...

## ROUGE

DRAANNG !!! DRAANNG !!! DRAANNG !!! DRAANNG !!!  
DRAANNG !!! DRAANNG !!! DRAANNG !!! DRAANNG !!!  
DRAANNG !!! DRAANNG !!! DRAANNG !!!

Beaucoup de blanc, du bleu aussi, les patients s'écartent, se collent aux murs, se rangent, les costauds se tapent le 100 mètres, coup d'fil sur les téléscripteurs, c'est au 17 que ça chauffe, vite, vite, les portes s'ouvrent et se ferment à une vitesse incroyable, le renfort est sur les lieux.

DRAANNG !!! DRAANNG !!! DRAANNG !!! DRAANNG !!!  
DRAANNG !!! DRAANNG !!! DRAANNG !!! DRAANNG !!!  
DRAANNG !!! DRAANNG !!! DRAANNG !!!

Un barreau de lit dans la main, Pilou est en colère, il va tous nous tuer, faut pas qu'on avance, il ne veut pas de la piqûre, c'est des choses dans sa tête qui résonnent, qui résonnent...

DRAANNG !!! DRAANNG !!! DRAANNG !!! DRAANNG !!!  
DRAANNG !!! DRAANNG !!! DRAANNG !!! DRAANNG !!!  
DRAANNG !!! DRAANNG !!! DRAANNG !!!

Du bruit, du bleu, du blanc, 1 2 3. Nous sommes tous sur lui. Le bruit, le bleu, le blanc, ses cris. "Je n'en veux pas de la piqûre". 1 2 3 et c'est fini. Il va passer une bonne nuit.

DRAANNG !!! DRAANNG !!! DRAANNG !!! DRAANNG !!!  
DRAANNG !!! DRAANNG !!! DRAANNG !!! DRAANNG !!!  
DRAANNG !!! DRAANNG !!! DRAANNG !!!

Un tour de passe Deny dans l'alarme et tout est calme, c'est comme la clef du paradis mais ça dépend pour qui. Dormez bonnes gens, tout est calme. Dormez bonnes gens. Nous les dingues, on les soigne, on les calme,...<sup>[1]</sup>

## VERT

Stage de module optionnel. Késako ? Je me souviens plus très bien. Va falloir que je fasse tourner mon disque dur.

Stage de module optionnel, une donnée implantée au burin par l'école de cadre.

Stage de module optionnel, j'en entends aussi parler dans les réunions. Et de son évaluation, et de qui s'y colle, et pourquoi pas moi vu que c'est forcément mon tour puisque je suis le nouveau.

Stage, module, évaluation, trois mots pesant lourd face au petit optionnel. Ya pas d'issue. Je suis enthousiaste. Le mieux est d'attendre la rencontre, découvrir, écouter, regarder, improviser si besoin.

Et puis il y a les enseignants, veillant au grain, rompus à l'exercice. Une grille pour le torrifier, le moudre, le décaféiner. Virginie omniprésente, assise sur la pyramide, scrutant l'horizon sombre du soin psychiatrique. Je suis enthousiaste.

Les mois passent. Je l'ai déjà oublié ce truc. Evaluation du stage de module optionnel. C'est déjà demain. Je suis enthousiaste.

J'ai bien dormi merci. J'ai pas rêvé de Virginie. De procédure, De protocole. De toutes ces choses qui justement empêchent de penser, de rêver le soin. Je vais rencontrer toute une bande d'étudiants qui vont me parler de mon quotidien de psy. Je suis enthousiaste.

Emilie, Véronique, Rachel, Laure, Sabine, Marie, Vanessa. Que des filles et un sketch sur la réinsertion professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Une table ronde, un plateau TV. C'est du comme si on y était.

Devant le petit écran qui déroule les vies comme du bitume. Sombre, gluant collant, manque plus que l'odeur.

Un micro-trottoir, une vidéo. Une animatrice, 5 chroniqueurs à la JLD, quelques psys, psychiatre, psychologue, du public.

"Et mon Doudou, vous allez faire quoi pour mon Doudou ? ! Vous allez me le soigner mon fils ? ! J'ai peur vous savez, y veut pas sortir de la maison, il reste là à regarder la télé, y veut pas travailler !"

"Nous allons le recevoir au CMP, le centre médico-psychologique. Il y verra un psychiatre qui proposera ou non un traitement, une hospitalisation. Des structures alternatives pourront être envisagées. L'hôpital de jour ou le Cattp, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel où votre fils pourra se rendre dans la journée..."

"Mais mon Doudou, vous allez me le prendre mon Doudou ? Je veux juste qu'il soit soigné mon Doudou ! Je veux qu'il reste à la maison mon Doudou !"

Cette dame s'agite, elle veut comprendre, qu'est-ce qu'ils sont en train de lui dire, de lui promettre ces technocrates du soin ?

<sup>[1]</sup>Clin d'œil à Raoul Volfoni, tonton flingueur.

Elle connaît bien le problème, elle connaît bien la souffrance, la sienne induite par celle de son fils, ou peut-être le contraire voire les deux, c'est pas important. L'important c'est son DouDou et ce que l'on va vraiment faire pour lui.

Une table ronde, un plateau TV. Sarcommence. C'est du comme si on y était.

Devant le petit écran qui déroule la psy comme du bitume. Sombre, gluante collante, manque plus que l'odeur. Un micro-trottoir, une vidéo.

"Ah ma pauvre dame, bien sûr qu'on peut les aider mais les plus fous faut bien les enfermer tout de même ?"

"L'autre jour à la télé y ont dit qu'il y en avait plein dehors !"

"Avec beaucoup de soutien peut-être qu'il y en a qui s'en sortent, qui arrivent à mener une vraie vie ?"

Une animatrice, 5 chroniqueurs à la JLD, du public, quelques psys, psychiatre, psychologue, pas d'ISP ou alors je les ai oubliés, effacés... Tout ce monde-là se dit au revoir, se remercie.

Tout va bien, les fous sont identifiés et il y a des spécialistes pour s'en occuper. Des structures, des CMP, des CATTP, des HDJ. Mais surtout des hôpitaux, spécialisés, comme tout le reste.

Le petit écran s'éteint, il n'y a plus de lumière, il n'y a plus de son. Le petit écran s'éteint, il a montré la solution. Tout ce que l'on peut vivre au quotidien n'est qu'illusion, déraison, pessimisme. Le petit écran a toujours raison, tout va aller très vite très bien en psychiatrie.

Stage de module optionnel. Une donnée à déplacer certainement dans les favoris. Un truc à parler dans les réunions. Un truc qui permet de penser le soin sans faire appel aux Américains.

Stage de module optionnel. Toute une bande d'étudiants qui me renvoient mon quotidien de psy. C'est du comme si on y était.

Emilie, Véronique, Rachel, Laure, Sabine, Marie, Vanessa et un sketch sur la réinsertion professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Sophie, Florence, Candylène, Elodie, Blandine, Elodie encore et Thibault (tiens ! Un garçon) jouant une saynète sur le sport collectif et la médiation thérapeutique vue par le conseil de service. Là encore c'est du comme si on y était. Je vous raconterai, promis.

Je tiens toujours mes promesses. Un truc important. Un truc de soignant. Un truc soignant.

Je lui ai promis aussi à cette bande d'étudiants en soins infirmiers. Promis d'écrire mon ressenti, ce que j'ai vu, entendu, évalué. Parler de leur drôle de façon de valider un module, leur drôle de façon de répéter la leçon. Un peu à l'envers, à contre-courant.

Ils sont venus, ils ont vu et ont tout compris. Nos travers, notre ritualisme, notre immuabilité, notre chance, notre envie.

Quelques-uns d'entre eux nous rejoindront. Ils ont compris qu'une grande aventure soignante est encore jouable en psychiatrie.

Reconstruire sur les ruines de nos espoirs. Faire le contraire. Plus que des mots, une solution d'actualité.

J'ai bien dormi merci. J'ai pas rêvé de Virginie. De procédure, De protocole. De toutes ces choses qui justement empêchent de penser, de rêver le soin. Je suis enthousiaste.



# Fédération d'aide à la Santé Mentale

CROIX-MARINE

*pour une action coordonnée en faveur des personnes  
présentant une souffrance ou un handicap psychiques dans  
les champs sanitaire, social et médico-social*



## SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE : LE DÉFI DE LA LIBERTÉ regard sur des logiques contradictoires

La psychiatrie est en crise, tout particulièrement la psychiatrie de secteur dans son organisation des soins. Ainsi, les demandes ne cessent d'augmenter et les moyens de diminuer et la psychiatrie publique devient une psychiatrie de l'urgence où l'on voit réapparaître les contentions...

L'accompagnement au long cours de la maladie mentale est de plus en plus assuré par les travailleurs sociaux qui peuvent se retrouver en grande difficulté, confrontés à la réalité et au polymorphisme de la souffrance psychique auxquels ils n'ont été ni formés ni préparés. Pourtant ils ont su développer des savoir-faire innovants dans ce domaine.

Dans le même temps, le plan Psychiatrie et Santé Mentale et de nouvelles lois, dont celles du 4 mars 2002 et du 11 février 2005 entraînent une évolution des modes de pensée grâce à des changements éthiques, juridiques et sociaux profonds : la reconnaissance du handicap psychique, l'émergence du respect de la parole des usagers et l'écoute attentive des familles. Avec ces avancées, le patient est enfin reconnu comme un citoyen à part entière, notamment grâce à la création des Groupes d'Entraide Mutuelle qui représentent une véritable révolution dans le champ de la santé mentale. Hélas, dans ce contexte pourtant favorable, le regard sur les maladies mentales reste ambigu et contradictoire. La souffrance psychique est encore trop souvent assimilée à la folie, à la dangerosité, et les patients en situation de handicap psychique sont encore victimes de représentations négatives, renforcées par des événements dramatiques fortement médiatisés.

Ainsi, tous les professionnels, les patients et les familles doivent gérer ce paradoxe : d'un côté, on proclame de façon formelle les droits des usagers ; de l'autre, au quotidien, trop de personnes sont victimes des conditions difficiles d'exercice de la psychiatrie et de l'insuffisance des moyens réels d'accueil dans la cité, qui les renvoie vers la rue ou la prison, tandis que celles dont le comportement exprime une souffrance sociale sont dirigées vers la psychiatrie.

La question de la liberté des usagers doit interroger ces situations paradoxales.

Il s'agit pour eux, leurs familles et pour les professionnels de lutter contre la discrimination, de réfléchir à de nouvelles pratiques et de proposer des actions communes. Comment relever ces nouveaux défis pour construire la Santé Mentale de demain ?

# A noter, pour 2008

57<sup>èmes</sup>

## JOURNÉES NATIONALES DE FORMATION CONTINUE

MARSEILLE

Du 29 septembre 2008  
au 1<sup>er</sup> octobre 2008

### OBJECTIFS

- faire mieux connaître les dispositifs légaux et réglementaires en vigueur en matière de handicap psychique
- prendre en compte les conséquences des évolutions actuelles de la psychiatrie publique
- interroger le paradoxe d'un accroissement des libertés des patients au regard de la réalité d'une plus grande précarité de leur situation réelle et d'un recul de leurs modalités de prise en charge
- valoriser les Groupes d'Entraide Mutuelle comme outil d'entraide et de création de lien social
- participer à l'information des travailleurs sociaux et médico-sociaux en matière de prise en charge du handicap psychique
- définir les attentes des travailleurs sociaux et médico-sociaux en matière de prise en charge du handicap psychique, proposer des pistes de travail commun
- proposer des solutions partenariales pour résoudre ce paradoxe dans l'esprit des textes

### CONTENU

- Apports théoriques en séance plénière
- Confrontations d'expériences en atelier

### MÉTHODES ET OUTILS PÉDAGOGIQUES

- Discussion des apports théoriques par les participants au colloque
- Échanges au sein d'ateliers des expériences concrètes
- Publications des actes des journées

COÛT PÉDAGOGIQUE • 330 euros

DURÉE • 20 heures

### RENSEIGNEMENTS

**FÉDÉRATION D'AIDE À LA SANTÉ MENTALE  
CROIX-MARINE**

31, rue d'Amsterdam - 75008 PARIS

Tél. : 01 45 96 06 36 - Fax : 01 45 96 06 05

Internet : [www.croixmarine.com](http://www.croixmarine.com)

E-mail : [croixmarine@wanadoo.fr](mailto:croixmarine@wanadoo.fr)

NUMÉRO D'ORGANISME FORMATEUR 11.75.203.79.75