

# L'EVOLUTION DES SOINS, DE LA PRISE EN CHARGE ET DU METIER D'INFIRMIER EN PSYCHIATRIE

## 1. Une petite histoire du métier d'infirmier :

1.1 Pourtant notre histoire en psychiatrie est liée à celle des Gardiens

1.2 Le père des Infirmiers de Secteur Psychiatrique ?

1.3 Le 20ième :

1.3.1 Au début du siècle dernier c'est le développement de la pharmacopée et des soins de chocs :

1.3.2 L'ouverture de la psychiatrie ou l'émancipation d'une profession

→ La naissance de la psychothérapie institutionnelle :

→ Le premier diplôme infirmier psychiatrique:

→ Les journées de Sèvres :

→ Le Congrès d'Auxerre :

1.3.3 Vers de la fermeture :

## 2. L'expérience d'une ISP en période d'ouverture 1975/1988

## 3. Une autre expérience plus récente : Alexandre

## 4. La question du rapport au savoir dans le soin infirmier :

## 5. Des espaces de métaphorisation /de pensées

# L'EVOLUTION DES SOINS, DE LA PRISE EN CHARGE ET DU METIER D'INFIRMIER EN PSYCHIATRIE

## 1. Une petite histoire du métier d'infirmier :

Du gardien à l'infirmier de secteur psychiatrique puis à l'Infirmier Diplômé d'Etat...quel chemin ? La profession infirmière s'est forgée le plus souvent de manière empirique, en tout premier lieu autour de la religion. Elle a évolué au décours des guerres, des besoins de la société et autour de réflexions humanistes. A remonter le temps, nous pourrions voir qu'au Moyen âge, on met à contribution les prostituées pour s'occuper des lépreux. Les ordres religieux vont organiser la profession autour de la charité et de l'amour de Dieu. Il faudra attendre la laïcisation et la Première Guerre Mondiale pour que s'affirme réellement la profession infirmière.

Un premier homme à connaître, il s'agit de Désiré Magloire Bourneville (1840-1909) médecin touche à tout (hygiène, santé publique, neurologie, santé mentale et neuropsychiatrie infantile). Assistant de Charcot à la Salpêtrière, ce médecin est un vrai militant des soins, et il est un réel précurseur car il intègre la dimension relationnelle du soin : Il constate en effet que la bonté, le dévouement, le « caractère affectueux » du personnel sont « *un élément de bonheur et de progrès incontestable* » et, en conséquence, il prendra grand soin des qualités humaines des professionnels en contact avec les malades ». Il n'aura de cesse d'essayer également d'améliorer les conditions d'accueil et de vie des enfants dit « incurables » dont il aura la charge à Bicêtre. D'ailleurs après des années de luttes, il obtiendra la création d'un établissement neuf conçu selon ses idées. Bourneville est aussi un farouche anticlérical qui va tout mettre en œuvre pour la création d'écoles d'infirmières laïques. A l'époque dans les asiles cohabitent effectivement les religieuses et les gardiens. Ces derniers, personnels laïcs sont décrits comme une main d'œuvre secondaire, subalterne ou inférieure.

### **1.1 Pourtant notre histoire en psychiatrie est liée à celle des Gardiens**

Avec la loi de 1838, chaque département est alors doté d'un établissement pour le traitement des malades mentaux. De ce fait, dans chaque établissement appelé asile, existait les gardiens d'asile. Ceux-ci ont quasiment le même profil dans toute l'Europe. Ils sont issus de milieu modeste souvent anciens malades ou « convalescents ». Ne sachant ni lire ni écrire pour la plupart, Ils sont

très proche tant dans leurs fonctions que dans leur recrutement des gardiens de prison. En 1907, Van Den Venter déclare au congrès médical d'Amsterdam : «*les personnel des gardiens consistait essentiellement en un ramassis de vagabonds et d'ivrognes, de naufragés de la société qui, poussés par la faim, acceptaient ces fonctions pour pouvoir hiberner dans l'établissement* ».

Il n'existe pas de statut pour ces gardiens. Et pour eux existait très peu de séparation entre vie privée et vie publique. Pour exemple le Règlement du quartier des aliénés de l'hospice de Nantes adopté en 1835 stipulait que « les infirmiers et infirmières doivent «exercer une surveillance constante sur les aliénés » ; «aucune excuse ne pourrait justifier un abandon, même momentané, des malades qui leur sont confiés ».

Jusqu'au début du XX<sup>ème</sup> siècle, les personnels s'occupant des aliénés étaient toujours considérés comme gardiens de fous. Ils vivaient à l'intérieur des murs, et presque rien ne les distinguait des aliénés. Le recrutement était plutôt axé sur la «corpulence physique». Certains patients stabilisés devenaient eux-mêmes gardiens. Les personnels sont nourris et logés à l'hôpital, doivent rester célibataires et partagent totalement la vie de ceux qu'ils gardent....

Au congrès des aliénistes en 1901 à Limoges, la question est posée « *Y-a-t-il lieu de remplacer les mots de gardiens par ceux d'infirmiers ?* »<sup>1</sup>

## **1.2 Le père des ISP ?**

Jean Baptiste PUSSIN (1746-1811) est souvent considéré comme le père symbolique de l'infirmier en psychiatrie, il pourrait aussi apparaître comme le prototype de l'aliéniste du XIX<sup>ème</sup> siècle. Pussin était tanneur, Il a été admis à l'hôpital Bicêtre en 1771 alors atteint de tuberculose. Cet Hôpital prenait soin des plus démunis. Mais les moyens étaient très faibles, les soins médicaux étaient inexistantes. Les malades entassés dans la crasse et malnutris se laissaient mourir.

Pussin, en tant que malade, n'a pas envie de cela. Il a commencé à faire de l'exercice et à prendre soin de lui, et se met à aider les soeurs et les garçons de service. Comme il sait lire et écrire, il s'élève vite au rang de "soignant" et trouve un emploi à l'hôpital, comme cela arrivait souvent avec les anciens patients. Il occupe au départ un emploi de garçon de salle. Il est ensuite nommé en

---

1 QUERZOLA (J) *Le triste savoir ou le manifeste behavioriste*, Revue Autrement 1975 : Guérir pour normaliser.

1785 surveillant de la salle des mentaux incurables ( loges des « aliénés agités »). Les missions des surveillants étaient de diriger les emplois, c'est-à-dire à la fois les sous-employés et les malades. Il est d'ailleurs très ordinaire aux XVIIIème(18ième) que les services recevant des insensés soit dirigé par un non médecin.

Les malades mentaux ont une attraction sur lui, ils l'intriguent. Il commence à prendre leur défense en bannissant les punitions violentes et gratuites. Il essaie l'écoute et la gentillesse et demande que les personnes folles soient considérées comme des hommes.

A l'hôpital La Grave de Toulouse, c'est une femme qui tient le rôle de Pussin. Il s'agit de la Supérieure, Sœur Chagny. Elle obtient de l'administration en 1822, alors qu'il n'y a pas encore d'aliéniste dans l'établissement, les fonds nécessaires pour faire construire des bâtiments appropriés pour les aliénés.

Pussin «a développé les principes d'une approche à la fois humaine et ferme, dont Pinel, qui est sur la même longueur de vue que lui, s'inspire pour théoriser son traitement moral».[3] C'est Pussin, qui atténuera et restreindra les moyens de contention, et non Pinel comme il est souvent dit. Pussin accepte de partager son savoir-faire et enseigne à Pinel ses principes empiriques fondés sur l'observation et l'expérience. Il y a aussi un autre personnage majeur et hors du commun, que l'on ne cite que très rarement, il s'agit de la femme de Mr Pussin. Elle a travaillé au côté de son mari à Bicêtre et à la Salpêtrière. Pinel en parle à plusieurs reprises dans ses écrits, il note « la fermeté, l'intelligence et le courage » dont elle fait preuve. Pussin fut également le premier surveillant à écrire des observations sur les personnes qu'il avait en charge. Ces observations sur lesquelles s'appuyaient les médecins.

A la mort de Pussin, le 7 avril 1811 le Conseil Général des Hospices nomment un médecin à la place du surveillant : Jean Etienne, Dominique Esquirol (1772-1840). Les attributions des surveillants sont jugées trop étendue. Il va devoir alors redéfinir les attributions de chacun : " les devoirs du surveillant se sont si souvent confondus avec ceux du médecin qu'il en est résulté souvent des entraves pour le traitement médical et des difficultés sans cesse renaissantes ". Il s'agit là d'**un réel coup de force administratif et médical**. Les surveillants sont alors exclus de la relation malades-médecins et retournent au statut de serviteurs. Esquirol précise dès lors que « *tous les domestiques doivent obéir sans réplique devant leurs malades ; ils doivent céder aveuglément cette obéissance inspire un esprit de docilité qui tourne à l'avantage du malade* ».

La 1<sup>ère</sup> école pour former les futurs gardiens de l'asile de la Salpêtrière à Paris ouvre en 1878.<sup>2</sup> Pour l'instant les « infirmiers » sont encore appelés gardiens des asiles d'aliénés.

### 1.3 Le 20<sup>ème</sup> :

#### 1.3.1 Au début du siècle dernier c'est le développement de la pharmacopée et des soins de chocs :

Pour les traitements au quotidien, la pharmacopée était plutôt diversifiée mais plutôt dans un registre sédatif que vraiment thérapeutique. Ce que l'on va appeler "contention chimique". Celle-ci venait en lieu et place de la contention mécanique ou l'utilisation des chambres d'isolement. Nous pouvons donc noter l'apparition des "cures de sommeil" ou narcothérapie, qui n'avait pas pour but d'apaiser le délire mais plutôt de faire tomber l'agressivité. Pour cela les praticiens se servaient <sup>3</sup> **d'opiacés** (sans aucune efficacité antipsychotique mais qui provoquait de profonds sommeils), du **Chloral** ( pour les déliriums tremens ou accès maniaques en traitement ponctuel mais provoquant néanmoins des ulcérations cutanées ou gastriques et utilisé jusque dans le milieu des années 1980), **du sulfonal, du trional** : pour les états d'agitation quand les opiacés et le chloral étaient contre indiqués), **le bromure de potassium** ( découvert par hasard et employé souvent chez les hystériques puis pour les patients épileptiques mais les effets secondaires sont redoutables et pas très maîtrisés <sup>4</sup>), **le lithium**.

La nouvelle appellation de l'asile en « Hôpital psychiatrique » n'a pas miraculeusement fait changer les pratiques. Les techniques de soins de choc continuent jusqu'aux années 1970 pour certaines.

**La malariathérapie** : Julius Wagner Jauregg avait peut être une conception « exorciste » du traitement des malades mentaux. Il trouva en 1917 que le choc thermique provoqué par l'impaludation avait une efficacité sur les troubles mentaux dans le traitement de la paralysie générale. Sa méthode lui permis de recevoir le prix Nobel de médecine en 1927.

**« Cure de Sakel » ou autrement appelée choc humide** : Du nom de son fondateur. La méthode consiste à provoquer un coma par injection d'insuline puis le re-sucrage lent et la sortie du coma avec un accompagnement infirmier tout au long de la séance. Cela fut une étape importante pour la

2 <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1997x031x002/HSMx1997x031x002x0189.pdf>

3 <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2010-6-page-539.htm>

4 Eruptions cutanées, troubles de la vision, somnolence, irritabilité, étourdissements, augmentation des états maniaques, hallucinations, et même coma

spécialisation du métier d'infirmier. Plus que le soin lui-même qui est sujet à caution scientifique.

**L'acétylcholétherapie :** Encore une histoire de choc, dans les années 1940, c'est un psychiatre italien Adamo Maria Fiamberti qui s'appuie sur les découvertes récentes des neuromédiateurs dans le cerveau. Cela consiste à un arrêt cardiaque de 10 à 20 secondes. A la suite de cet « arrêt de vie », il y avait un soin intensif de la part du personnel. La question a été posée de savoir si c'était l'acétylcholine, ou l'insuline également qui était responsable du mieux être (temporaire le plus souvent) ou bien ces soins intenses

**La "Lobotomie" :** Dans le cadre de travaux sur les connexions intercérébrales, Edgar Moniz (prix Nobel de médecine en 1949) a présenté le résultat de ses recherches. Cette technique chirurgicale consistait à déconnecter certaines parties du cerveau de patients atteints de troubles psychiques graves. Les séquelles étaient parfois irréversibles, et altéraient en profondeur la personnalité du patient... Ses indications : les psychoses et les obsessions sexuelles. La lobotomie va être pratiquée partout dans le monde avec son apogée dans les années 1950 puis a été bannie des hôpitaux plus ou moins rapidement. Avant de revoir le jour dans le cadre de la psychochirurgie moderne.

**Les électrochocs :** Au tout début, dans les années 30, un psychiatre hongrois : Dr Von Meduna travaillait l'antagonisme entre schizophrénie et épilepsie, l'un ne pouvait pas être l'autre et inversement. Donc si on rendait le schizophrène épileptique on améliorerait ses troubles. Il a d'abord essayé d'injecter à ses patients des doses de Camphre, puis en Europe, il a tenté avec le Cardiazol. Technique plutôt barbare, anxiogène, incontrôlable provoquant de nombreux décès. Méthode malgré tout adoptée par les psychiatres de l'époque.

Un neuropsychiatre italien utilisant les modèles expérimentaux de l'épilepsie animale, prend les modèles observés dans les abattoirs. Avant d'égorger les animaux, on leur passait un courant électrique pour les plonger dans le coma. Il observa qu'après la convulsion les animaux ne mourraient pas. Il s'associa alors avec un ingénieur électricien Lucio Bini qui inventa un appareil permettant de doser la quantité d'électricité délivrée. C'est le 15 avril 1938 qu'a eu lieu le premier électrochoc chez un patient schizophrène. Ce qui condamna le cardiazol. Rapidement les psychiatres se rendirent compte que le traitement convenait mieux dans les formes gravissimes de dépression. A cette époque, le succès de la technique la fit essayer dans la plupart des pathologies mentales. Son augmentation exponentielle a donné lieu à des abus notamment dans certains lieux de soins privés (actes cotés très lucratifs).

La curarisation est arrivée à la fin des années 30 et a permis de réduire les complications liées aux convulsions. Après une période de mise à l'écart, les électrochocs sont revenus. Les dernières études montrent une bonne efficacité et une grande tolérance chez les personnes âgées (+75 ans) déprimées, avec une meilleure tolérance cognitive en bifrontal qu'en bitemporal. Une autre étude montre que 84% des patients gravement déprimés ayant favorablement répondu à une série d'ECT rechutent dans les six mois qui suivent, en l'absence d'un traitement antidépresseur d'entretien.

**L'enfermement :** L'enfermement et l'attachement étaient monnaie courante malgré les thérapeutiques. La camisole de force qui existait avant les neuroleptiques était une veste en toile très forte. Elle était destinée à empêcher la personne de se servir de ses bras. Ceux-ci étaient passés dans des manches fermées, croisés sur le devant. Les attaches étaient faites dans le dos et une lanière pouvait également être glissée dans l'entrejambe. A l'arrivée des neuroleptiques son utilisation a petit à petit disparu du paysage psychiatrique. Par contre il existe encore des contentions mécaniques. La contention mécanique<sup>5</sup> consiste à restreindre ou maîtriser directement les mouvements d'un patient à l'aide d'un dispositif de bracelets et de ceintures le plus fréquemment fixé sur un lit.

*La contention mécanique demeure à ce jour la plus grande restriction de liberté imposable à un patient. Pour la plupart peu à l'aise avec le sujet, les soignants peinent à communiquer sur leurs pratiques. Le manque de données exploitables aboutit à des recommandations peu explicites qui ne démarquent que rarement la contention physique et l'isolement dans leurs spécificités respectives (les deux méthodes ne sont pas interchangeables). La contention mécanique n'est que très discrètement abordée dans la littérature ainsi que dans les formations psychiatriques initiales ou continues. La réalisation d'études contrôlées se heurte volontiers à des problèmes d'éthique et de méthodologie si bien que la plupart des travaux restent cantonnés à une analyse rétrospective de corrélations entre la fréquence d'utilisation de ces mesures coercitives et des facteurs sociodémographiques, cliniques et environnementaux.*

**La contention mécanique n'a aucune valeur thérapeutique propre prouvée à ce jour.**

---

5 <https://igorthiriez.com/2013/11/10/la-contention-mecanique-en-psychiatrie/>

### 1.3.2 En parallèle c'est l'ouverture de la psychiatrie ou l'émancipation d'une profession

Sous le Front Populaire, un mouvement humaniste politique et social voit le jour. Avec le décret du **22 janvier 1937** les asiles prennent la dénomination d'hôpital psychiatrique et les gardiens celle infirmiers. Rucart, Ministre de la Santé, signe les circulaires, entre autre celles :

→ du **13 octobre 1937** recommandant le développement d'une psychiatrie hors les murs, « les devoirs du service public psychiatrique ne se limitent pas aux responsabilités intra-asilaires puisqu'elle préconise l'ouverture dispensaire d'hygiène mentale dans chaque départements »)

→ du **7 décembre 1938** insistant sur le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques et leurs organisations.

C'est également en 1937 avec le changement de dénomination des asiles que le terme « d'infirmier psychiatrique" remplace celui "d'infirmier des asiles d'aliénés".

Dans ces hôpitaux, des dortoirs immenses, des salles de bain communes et une hiérarchie quasi totalitaire. Il n'y avait pas de mixité dans les services jusque dans les années 70 où elle se met doucement en place selon les lieux et les équipes. Pour sortir de l'hôpital, le surveillant de quartier signait un bon de sortie aux malades et aux infirmiers. Impossible de sortir sans ce précieux sésame. Infirmier et malade étaient liés aux mêmes règles. Les Infirmiers qui travaillaient en psychiatrie étaient recrutés au niveau BEPC et venaient pour grande partie de la campagne.

Deux grands points forts vont vraiment faire basculer le gardien vers l'infirmier. Les techniques psychothérapeutiques et la découverte fortuite du Largactil en 1952 précipiteront la diminution des soins de chocs. Balvet et Bonnafé rappellent que les transformations de l'asile et l'amélioration du psychisme des patients qui s'ensuivit sont bien antérieures à l'apparition des neuroleptiques, que ces transformations doivent se poursuivre, stimulées par l'usage des neuroleptiques et par l'apport des découvertes psychanalytiques. Je ne résiste pas au plaisir de citer Bonnafé disant avoir appris de Balvet que la plus grande efficacité d'une cure de Sakel résidait dans le pot de géranium placé par l'infirmier au chevet du malade pour que celui-ci le découvre à son réveil. »



### **La naissance de la psychothérapie institutionnelle :**

C'est en 1945 que nous verrons les premières applications de la **psychothérapie institutionnelle**. (le terme viendra plutôt dans les années 70, Racamier). Un groupe de psychiatres, (Tosquelles, Bonnafé et Oury pour ne citer qu'eux?), ont travaillé notamment pendant la guerre 39-45 sur l'institution et ses effets sur les personnes qui s'y trouvent. Par exemple si le personnel est maltraité, les soignés le seront aussi. De fait, les personnels vont être interpellés sur les soins. Ils vont devenir des auxiliaires importants et vont même développer un rôle autonome. Ils vont avoir enfin une reconnaissance au sein d'une équipe. C'est un Dispositif pour traiter la psychose, l'adaptation de la cure analytique à l'échelle de la psychose en institution.

### **Le premier diplôme infirmier psychiatrique:**

Un peu après le largactil, c'est la création du premier diplôme des infirmiers des hôpitaux psychiatriques en **1955**. Sous la pression de psychiatres comme Paul Bernard, Roger Mignot, Lucien Bonnafé, le Ministre de la Santé français promeut un arrêté fort modeste et écrit, qu'il «(se) préoccupe actuellement de la création d'un diplôme d'État de spécialisation psychiatrique, permettant le recrutement de cadres particulièrement qualifiés». L'arrêté du 23 juillet 1955 réglemente le premier diplôme pour les infirmiers des hôpitaux psychiatriques. Il définit une formation de 2 ans. Il faudra ensuite attendre 14 ans avant qu'un diplôme départemental se mette en place. La formation étant laissée au grès des établissements et de leurs moyens.

En même temps, des psychiatres proposent au sein des CEMEA (Centre d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active), des stages et des formations à destination des infirmiers. « Les infirmiers reviennent des stages des Ceméa enrichis, non pas tant de techniques sociothérapeutiques, ou de recettes pour occuper les malades, mais d'une approche et d'une compréhension du fait pathologique et des modes relationnels, qu'ils avaient eux-mêmes vécues, entièrement repensées et modifiées. Il en découlait un changement radical dans leur attitude professionnelle et le désir de la mise en place de structures désaliénantes et thérapeutiques. En ce faisant, ils se heurtaient au traditionalisme de la hiérarchie infirmière et médicale. On peut dire pour schématiser que c'est du constat de l'inadéquation entre le potentiel révolutionnaire des stages et l'attitude conservatrice du pouvoir médical et administratif que naissait l'idée qui a donné naissance au groupe de Sèvres. »[5]

## **Les journées de Sèvres**

Les journées de Sèvres de 1957 aurait pu être un tournant pour notre profession. Ces rencontres initiés par Daumézon et Le Guillant, (psychiatre et CEMEA) vont réunir des médecins des hôpitaux psychiatriques, des psychiatres et des psychanalystes d'exercice privé ainsi que des moniteurs des CEMEA (Parmi les psychiatres : Oury, Ayme, Diatkine, Bonnafé, Follin, Tosquelles, Kestenberg, Gentis, etc...). Le groupe de Sèvres élabore des propositions d'action :

- pour le secteur (lieux du creuset de l'élaboration de la politique de secteur avant la parution de cette circulaire historique du 15 mars 1960)
- pour la participation des infirmiers à la psychothérapie.

C'est autour des orientations définies par le groupe de Sèvres que sera élaboré un projet ambitieux de formation des infirmiers qui verra le jour en 1973 sous forme d'un décret établissant les conditions de formation des infirmiers de secteur psychiatrique. Par contre, La participation des infirmiers à la psychothérapie va être une des deux sources de désaccords entre les participants.

L'arrêté du 12 mai 1969 entérine le titre : « infirmier de secteur psychiatrique ». Les cours dispensés évolueront. En 1973 la formation des ISP est dispensée sur 2 ans et 4 mois. Les élèves continuent à effectuer une partie de leur temps d'études en travaillant directement dans les services ou ils sont affectés. Le programme de la formation d'ISP sera une nouvelle fois modifié en 1979. Elle se déroule sur 3 ans (à savoir 33 mois + les congés d'été !). Il est important de rappeler que ce diplôme n'est pas reconnu au niveau national. Il demeure toujours départemental.

## **Le Congrès d'Auxerre : congrès de psychiatrie et de neurologie septembre 1974**

Le thème du congrès « Rôle et formation de l'infirmier psychiatrique ». Les docteurs Karavokiros et Monroy, chargés d'écrire le rapport sur la formation des infirmiers psychiatriques, voulurent que ce soit les infirmiers eux-mêmes qui le rédigent. Ce qui eut lieu. Le travail de synthèse fut réalisé par l'AERFIP (Association pour l'étude et le rôle de la formation pour l'infirmier psychiatrique). L'Association militante et politisée organisa en même temps que les psychiatres, en plein congrès de neurologie, son propre congrès à quelques kilomètres de là. Quatre cent cinquante infirmiers vinrent de toute la France. Ils envahirent le congrès des médecins. Un infirmier monta sur scène et lu un texte d'une extrême violence, notamment dénonçant des expérimentations de neuroleptiques, et invitant les congressistes à se rendre au congrès des ISP. Une partie importante des psychiatres les rejoignit alors. Ce fut une sorte de Mai 68 psychiatrique. Il y eut des analyses, des prises de

conscience, des échanges, même des résolutions qui allaient rester verbales. Les responsables des mouvements infirmiers étaient très politisés, les propos tenus étaient très excessifs. Mais tout le monde était là pour étudier ensemble ce que devait être la qualité du travail Infirmier et à partir de là, ce que devait être la formation.

Pas de bouleversement notable à la suite de ce congrès si ce n'est que les infirmiers avaient pris goût à prendre la parole et à débattre. Ce n'est qu'en 1979 que le temps de formation va connaître un nouvel accroissement. Trois ans de formation sont désormais nécessaires avec une première année commune aux deux formations (IDE ISP). Le diplôme n'est toujours pas national.

### **1.3.3 Vers de la fermeture :**

A une demande de reconnaissance du diplôme départemental d'ISP en DE d'ISP on nous a répondu en 1992 par le DUP, diplôme Unique Polyvalent. Un seul diplôme pour ceux exerçant en soins généraux et ceux exerçant en psychiatrie.

Les Écoles d'infirmières se transforment par un jeu sémantique en Institut de Formation en Soins Infirmiers. Cependant, nous pouvons noter, plus d'1/4 des IFSI n'a aucun formateur ayant une expérience du soin psychiatrique. Débute alors une large mobilisation, qui a été très forte et suivie : un an de mouvement...C'est au moment où le gardien de fou devenait réellement Infirmier de secteur psychiatrique qu'il perd son diplôme, la reconnaissance des savoirs acquis depuis des décennies. Ces savoirs dont il commençait à écrire les contours.

En 2001 dans un rapport, les psychiatres Piel et Roelandt ont montré que « *la transition entre les infirmiers de secteur psychiatrique en voie de disparition et les infirmiers diplômés d'État ne s'est pas toujours bien effectuée. La non reconnaissance entre les deux diplômes provoqua une grave crise de recrutement et de compétences, des départs massifs en retraite plus ou moins anticipées de certains infirmiers de secteur psychiatrique ainsi qu'un véritable désinvestissement de ceux-ci au sein des services (travail de nuit ou absentéisme principalement)*. Certes, en 2002, les pouvoirs publics se sont rendus compte qu'il y avait des difficultés dans les soins et l'accompagnement des patients souffrants de troubles psychiques. Ils se remettent en réflexion. En 2003 paraît une circulaire qui porte sur le "renforcement de la formation des infirmiers destinés à exercer dans le secteur psychiatrique" de 6 mois. Cette formation s'est mise en place de façon relativement inégale. J'évite de parler du discours du président de la République suite à l'affaire de Pau, qui a pris des

mesures mais qui n'étaient pas celles demandé par les ISP, du moins ceux et celles qui avaient participé à des années d'ouverture de la psychiatrie...C'est le discours de Sarkozy à Anthony en 2008, annonçant le retour du sécuritaire dans nos lieux de soins. Sarkozy oppose la société civile et les fou dangereux d'autre part et érige les soignants en gardiens de la frontière et de de la sécurité de la société civile. ( la demande lattente).

En 2006 apparaît une autre circulaire, pour la mise en place d'un tutorat infirmier pour les nouveaux soignants arrivant en psychiatrie. Le ministre de la santé pensait éviter la question du manque de formation psy des IDE. On peut dire que cette circulaire met en avant la vraie crise de transmission des savoirs et des savoirs faire nécessaire au travail d'équipe.

## **2. L'expérience d'une ISP en période d'ouverture 1975/1988**

Témoignage d'Anne-Marie Leyreloup :

« Dans l'absolu, le travail de secteur annonçait le dépérissement des grandes concentrations asilaires. Notre vision de l'avenir était réjouissante, tout était permis pour améliorer les soins au quotidien. Nous construisions une psychiatrie ouverte, débarrassée de ses miasmes, humaine et gaie. Des échos nous arrivait des expériences anglaises du no restraint ou italienne et la loi 180. Les patients commençaient à créer des associations...ça bouillonnait et c'est une part de mon histoire professionnelle. Dans l'univers des thérapies ça bouillonnait aussi : thérapies familiales, systémie, psychologie humaniste, gestalt et développement des médicaments psychotropes. Bon, là on peut dire que c'était sans qu'il n'y ait de grandes révolutions thérapeutiques de ce côté là.

En 1976, je suis tombée dans la marmite psychiatrique dans une clinique de province, puis en 1982 dans un hôpital psychiatrique parisien. Deux mondes s'y côtoient... celui de psychiatres et d'équipes versus psychanalyse et psychothérapie institutionnelle et celui de psychiatres quasi asilaires. Pour ce dernier, la mixité n'était pas encore au programme alors qu'elle avait vu le jour partout ! Des dortoirs de 10 lits d'hommes, où le matin la toilette était ... commune.. avec un infirmier à la douche, un au séchage et un à l'habillage...(grande blouse blanche, gants de cuisine et botte de pluie) Le chloral était encore existant pour le traitement du soir. Le psychiatre était un neurologue qui cherchait dans le cerveau des patients défunts les stigmates de la maladie psychique. Dans son service une salle d'opération pour récupérer cette précieuse manne. Et à la « morgue » de l'hôpital, des cerveaux dans des bocaux, impressionnant premier stage...

Le service où j'ai ensuite été nommé, était un fruit de la circulaire de 1960, un réel secteur novateur. Equipé de structures alternatives, ayant un CMP, un hôpital de jour, il avait ouvert un centre d'accueil et de crise dès 1985 en totale rupture avec les traditions de l'établissement. Les infirmiers de secteur qui y travaillaient, étaient plutôt militants, impliqués dans l'amélioration des soins des hospitalisés et la fermeture de lits pour ouvrir sur l'extérieur des places dans des structures alternatives. Nous avons avec très peu de moyen bricolé de tas de choses dont des activités à médiation, des séjours thérapeutiques, des sorties diverses et variées, des partenariats avec des musées, etc.....puis la création d'appartements associatifs avec la chance d'avoir des réunions de service.

A une époque nous avons pris l'engagement de l'ouverture des portes des unités. Il nous a fallu une vigilance de tous les instants pour résister à la tentation de tourner les clefs dans la serrure. Pourtant nous avons très vite remarqué une diminution nette de la violence et de l'agressivité. Les rapports entre soignants et soignés étaient réellement transformés. Dr Paumelle que je découvrais ces années là, nous rappelait d'ailleurs que la réflexion clinique sur les causes et les traitements de l'agitation était née lors des débats autour du «no restraint ». « *La suppression des chaînes et des cachots obligea les soignants à s'occuper des patients, à déployer de véritables stratégies thérapeutiques là où n'existait que le strict maintient en vie d'individus que l'on pensait impossible à prendre en charge autrement.* »<sup>6</sup> Lire ces expériences, nous a donné envie de tester un service avec le moins de chambres d'isolement possible.

Qu'avons nous fait pendant toutes ses années, sinon comme le dit Michel Balat : « *d'inventer des trucs et des machins pour pouvoir répondre à ce que nous pourrions appeler, d'un mot maladroit, une sorte de logique du soin* ». Être soignant en psychiatrie n'est ce pas toujours inventer ? Il est vrai qu'avec le recul, je constate qu'à cette époque nous avons beaucoup travaillé à l'intérieur de l'hôpital croyant pouvoir y apporter avec les améliorations réelles dont nous étions acteurs, l'oubli des « murs de l'asile ». Pourtant ces murs là ont un poids qu'il convient d'estimer. En 2002, je suis tombée sur un livre d'Alain Buzaré<sup>7</sup> où il nous rappelait : « *Si l'on pense avoir dépassé la structure asilaire dès lors que les murs de bétons tombent, que les portes s'ouvrent, que l'on peut*

---

<sup>6</sup> Paumelle Philippe. *Le no-restraint: utopie bien intentionnée ou formule globale de soins*, L'information psychiatrique, février 1952

<sup>7</sup> Buzaré (A) *La psychiatrie c'est la psychothérapie institutionnelle*, Lecques, Editions du champ social, collection Psychothérapie institutionnelle

*aller et venir dans le secteur et dans l'hôpital, que l'on peut parler librement, etc...alors on n'a rien compris à l'asile... Aujourd'hui les murs de l'asile sont beaucoup plus insidieux et ils ne sont pas forcément là où l'on croit : il faut les débusquer dans nos têtes, dans le secteur, au ministère... partout et toujours... ».* Il me semble bien que Roger Gentis nous avait déjà mis en garde, il y a fort longtemps... Il dénonçait moins les murs extérieurs de l'asile que « ses murs intérieurs ».

Avons-nous bien compris cette mise en garde ?

40 ans après le groupe de Sèvres qui posait la question de la place de l'infirmier dans la psychothérapie, ceux-ci se sont lancés à la recherche d'une émancipation. D'exécutants où les reléguait encore beaucoup de médecins, ils ont voulu devenir des professionnels pensants. Notre métier à nous, voyez vous, c'est l'art d'être là, tout à côté ou juste assez loin, pour accompagner, soutenir, contenir. Un art qui repose sur des savoir-faire tout à fait discrets, tellement discrets qu'ils sont invisibles pour les yeux inexpérimentés.<sup>8</sup> La fonction de l'infirmier qui travaille en psychiatrie est multiple, elle demande un apport théorique mais également s'acquiert sur le terrain. « Elle est transmise par les pairs, par le partage de leur expérience et le transfert des connaissances empiriques et ne sera préservée que par le respect de « l'ancien ». Il est illusoire de croire que le « relationnel » puisse s'apprendre dans les cours théoriques. La rencontre avec le patient est à chaque fois unique, différente, inattendue et elle ne peut être « protocolisée ». Le caractère inventif de la psychiatrie correspond à cette rencontre avec un être singulier. On invente, on s'invente, on bricole, on emprunte à différentes théories, on parle, on partage. Ce savoir faisant appel à une mobilisation des savoirs du corps et des sens...est un savoir expérientiel.<sup>9</sup> Ce savoir-là est considéré comme une richesse et comme un bien à transmettre.

Or durant des années ce savoir a été mis de côté, « l'indicible n'a pas été travaillé... La transmission ressemble alors davantage à une initiation »<sup>10</sup> Le savoir faire qui découle de l'expérience fait appel à une certaine dose d'intuition. « C'est le domaine des astuces, des tours de main, des trucs à métier. Il est peu communicable, non généralisable et réfractaire à toute formalisation.... ».

Et puis, il n'y a pas que le travail prescrit... il nous reste encore énormément de zones de liberté,

---

8 RAJABLAT (M), *La toilette, voyage au cœur du soin*, Masson, collection souffrance psychique et soins, 2003, p.5

9 LE BOTERF (G), *De la compétence*, Editions d'Organisation, Paris, 1994, p.90.

10 CHOLLET CHAPPARD (M-O), *ibid*, p.27

encore faut-il que l'infirmier en soit persuadé. A y regarder de près, nous avons toujours une marge de manœuvre et de liberté. Il est vrai que le travail prescrit doit être réalisé selon des normes voir des protocoles écrits et des règles explicites. Il apparaît toutefois que pour un infirmier expérimenté, il peut être réalisé avec une certaine dose d'inventivité et d'interprétation personnelle ce qui fait penser « *qu'il y a un écart entre tâche prescrite et activité, et c'est précisément dans cet écart que s'exprime la singularité de la manière à réaliser, et la diversité des manières de faire* ». Ce serait cet écart qu'il serait intéressant désormais de pouvoir transmettre ».

### **3. Une autre expérience bien plus récente : Alexandre**

#### ***Le soin infirmier, une création sur mesure...***

Je vais tenter de vous décrire- en l'attrapant par différents cotés - une expérience plus actuelle et peut être une tentative de modélisation du métier d'infirmier, ou d'un métier d'infirmier. On jugera après coup.

Anne Marie nous parle d'un « savoir expérientiel », d'une pratique « peu communicable, non généralisable et réfractaire à toute formalisation ». Et en tentant justement cet exercice de formalisation, c'est par là que j'ai commencé à saisir ce métier.

Un jour une stagiaire infirmière me demande : « quelle est la journée type d'un infirmier dans ce service ? » Elle précise sa demande et je comprends qu'elle souhaite un genre de planification journalière des soins infirmiers.

Je travaille dans un service d'admission en psychiatrie s'adressant aux jeunes adultes de 15 à 25 ans qui vivent là leur première hospitalisation en psychiatrie, patients dit « primo requérants ». Répondant à cette stagiaire, je me retrouve à lui lister les quelques temps de restauration, et de distribution des médicaments ; j'ajoute à ce maigre énoncé l'activité « marche » du matin encadrée par l'éducatrice du service, proposée aux patients après la nuit et le petit déjeuner, l'occasion pour eux de se dire bonjour, prétexte à se re-rassembler. Elle semble déçu et il est vrai que ce listing ne reflète pas grand chose -je l'espère- de ce que sera sa futur profession...

Si ce listing ne traduit pas grand chose de notre travail, l'impossibilité de le dresser de manière exhaustive en dit quelque chose d'important. Pas de journée type, pas de process, seulement quelques temps sur lesquelles on pourra s'appuyer pour construire le reste.

Et ce reste, la plus grande part, est tributaire des rencontres. L'infirmier approche et se laisse approcher, il cherche la rencontre : ce reste s'écrira donc avec le patient et les collègues.

Parce que cette partition reste à écrire avec le patient, même si c'était possible et même si cela serait commode, il n'y a pas de journée type et pas de tableau de soin, justement pour que puisse advenir du soin.

On en vient à cette question de qui détient le savoir : le patient possède un savoir concernant ce qui le fait souffrir, et le temps du soin est un moment où ce qu'il en dit, de quelque manière que ce soit, est accueilli et peut trouver un sens dans cet espace. Nous autres soignants, ne donnons pas un savoir, pas plus qu'on ne donne du soin, il y a effet de soin dans un espace co-créé.

« Dans la danse, il existe un point d'équilibre où personne ne porte personne. » (p.255)

Maintenant, comment penser possible de prévoir et de planifier dans un tableau de soin quelque chose de ce processus ? Bien sûr l'expérience permet parfois de sentir comment cet échange risque de se passer, de s'y préparer au mieux ; mais on ne peut pas s'endormir sur ce brin d'intuition, encore moins sur un brin de savoir, et définitivement pas sur une hypothétique planification des soins, toute individualisée qu'elle soit.

L'infirmier n'arrête pas d'être incommodé, poussé, tiré, de-ci de-là, il manque souvent de tomber de sa chaise. Il n'arrête pas d'apprendre et d'être surpris par l'autre, parce que l'autre n'arrête jamais d'être unique à chaque fois.

Pas de journée type et pas de procédure universellement opérante. Le soin infirmier, c'est forcément du sur mesure : l'infirmier ne doit jamais cesser de recouper, de retoucher, raccommoder, retisser parfois même une trame complètement nouvelle pour ajuster sa pratique au plus près de l'autre et de ses besoins du moment.

Une amie de retour des rencontres de Saint Alban me raconte l'histoire d'une équipe de l'hôpital de Bourg en Bresse. Après une visite du contrôleur général des lieux de privation de liberté, un service fonctionnant de manière totalitaire sous l'emprise d'un médecin chef bafouant les droits des patients a été défait puis s'est reconstruit. L'équipe convalescente raconte une séquence de soin avec un patient qu'ils ne parviennent pas à approcher. Sa mère a garé sa caravane face au service et le patient entame alors une série d'allées retours entre le service et la caravane, au gré de son état de santé : allant d'un côté lorsqu'il est mal et de l'autre lorsqu'il va mieux ; je ne me souviens plus dans quel sens. L'équipe tisse alors une trame de soin inédite pour le patient ; ils décident de travailler en accompagnant le patient dans cette navigation du service à la caravane de sa mère. Ils racontent comment, petit à petit, le patient parvient à créer du lien avec eux.

Suite au démembrement du service, il reste un genre de friche. Mon amie souligne



l'importance de cette dimension dans le potentiel créatif de cette équipe à ce moment précis. Comme s'il fallait, à chaque fois, créer, non pas à partir de rien, mais à partir d'un sol défait de ses anciens occupants, mais riche de leur passage, et rendu à nouveau disponible à voir naître de la nouveauté. Une friche.

### *...Créer ensemble...*

Vaste programme si l'on considère que cette pratique relativement intuitive et donc très singulière, doit être orchestrée en équipe.

Créer à plusieurs, cela revient à faire ensemble – entendons faire équipe - sans perdre sa singularité ; c'est un enjeu majeur du travail infirmier.

Travailler seul n'a pas de sens, au regard du soin, puisque le patient s'adresse certes à moi mais également à tous mes collègues. Et notamment dans le cas d'un patient psychotique : il diffracte et clive ses adresses dans les membres de l'équipe, et il revient à chacun de rassembler ces fragments pour le resituer, sinon, en quelque sorte, on perd sa trace.

Alors imaginons une équipe de couturiers qui doit, tout en étant suffisamment réactifs, créer ensemble dans l'urgence une galerie de costumes inédits et sur mesure, sans céder à l'appel des sirènes de l'industrie qui rassurerait leur besoin d'organisation, de vitesse et de réactivité mais ruinerait leur potentiel créatif.

Le soin infirmier reste de l'artisanat. Et le savoir dans l'artisanat est peu communicable, non généralisable et réfractaire à toute formalisation. Il faut tolérer une certaine opacité, supporter une dose de bordel ambiant. On n'est pas assuré de la forme du résultat mais il y aura résultat. Le processus créatif est toujours incertain mais jamais totalement décevant pour peu - et c'est une condition sinéquanone - qu'on se donne la peine de travailler, et de travailler ensemble.

Créer ensemble donc, mais qu'est-ce qu'on distingue dans cet ensemble ?

Blandine Ponet, dans son livre « Folie, leçon de choses » nous livre quelques réponses. Elle dit : « Comme si l'opacité du travail soignant, c'était « ne pas se compter », ou plutôt: ne pas pouvoir se compter, ne pas savoir pour quoi, ni pour quelle part on y est. Accepter la venue de l'autre dans son génie propre, en sachant pourtant que le cadre que nous constituons et l'espace qu'il offre ont rendu possible cette expression même et qu'elle n'est pas forcément transposable ailleurs » (p.315)

...et je tourne quelques pages...

« Nous étions là, et nous fournissions, soutenions la scène pour que de telles choses puissent avoir lieu (avoir lieu: ici l'expression est à entendre au sens propre). » (p.318)

Ensemble, nous tenons un espace au sein duquel nous sommes disposés à vivre une histoire avec l'autre pris, enfermé parfois, dans un processus morbide et souvent douloureux.

J'ai effectivement l'impression que notre travail commence par cet impératif : tenir. Tenir ensemble, avec les collègues et les patients, un lieu, un temps, une ambiance qui permette une histoire commune. Tenir, dans le sens maintenir vivant malgré tout, malgré les multiples attaques mortifères surgissant de toutes part, projection des patients comme des soignants.

Dans ce nous, il y a les soignants, les patients mais également ce truc insaisissable que serait peut-être l'ambiance.

De retour d'une rencontre avec Pierre Delion sur son dernier livre « la fonction phorique », Blandine me livre un texte sur l'ambiance que je vous restitue car il convient tout à fait au propos.

« Une collègue psychologue m'avait dit : l'ambiance ne veut rien dire. Certes, l'ambiance n'est pas estampillée au fronton des concepts psychanalytiques. L'ambiance ne *veut* rien dire au sens strict, l'ambiance n'a pas de vouloir et cela lui permet d'être une zone où circule ce qui ne se dit pas.

Elle naît du désordre ; en son sein se tissent d'autres liens et les patients peuvent y tracer leurs propres chemins. Elle est ce qui rend possible les hasards, les rencontres, les coïncidences. Elle permet les distances et les éloignements, elle englobe le monde, ce qui est là, permet des liens improbables. L'ambiance est porteuse d'hétérogène, d'inattendu, de denrées précieuses, là où la psychose aurait tendance à tout uniformiser.

(...)

La science extrait des faits de la réalité pour les besoins de son expérience. Ils doivent être reproductibles, dénués d'artefacts.

En psychiatrie, c'est le contraire. Tout est plein d'artefacts, au point qu'on ne sait pas qui a fait quoi, ni ce qui a provoqué ce changement quand il y en a un. Et souvent, c'est l'ambiance, le hasard... on ne sait pas. Parce qu'il ne s'agit pas d'extraire, mais de relier. Et de relier avec un autre, les autres, pour pouvoir se rapprocher de soi-même.

Être là. Les patients nous donnent le là. C'est ce que m'avait rétorqué l'un d'eux : « Si elle est psychologue, c'est grâce à moi ». Les patients nous donnent le là.

Patient. Soignant. Si tu es malade, tu n'es pas soignant et pourtant c'est toi, malade, qui

m'engendre soignant et vice-versa. Comme l'enfant fait le parent. Ou encore comme l'ennemi me rend combattant.

(...)

Les patients nous donnent le là. Mais pour que le là existe, nous devons trouver-le-la du là. C'est à nous, soignants, de trouver, construire, inventer la tonalité du lieu, sa musique. (...) prendre soin de l'ambiance.

Alors, une circulation devient possible et permet que la fonction soignante se mette en route de manière partagée. La fonction soignante n'est plus la propriété exclusive des soignants et il arrive que ce soit un patient qui trouve la parole juste pour un camarade, là où le soignant est impuissant : le soin est alors un outil partagé au sein du collectif, dont les soignants sont garants, mais dont chacun peut user à l'égard d'un autre. »

C'est l'été au PAJA, Samuel est torse nu dans le jardin et nous regarde l'air froncé. Depuis quelques jours, il multiplie les micros provocations. Je suis excédé. Je lui lance de manière frontale je le concède : « Samuel, remet ton T shirt, on est pas à la plage ici ! ». Il se lève et me répond sur un mode tout aussi frontal faisant voler dans ma direction une série d'insultes, de menaces, et le ballon de foot. J'attrape le ballon, fait fi du reste pour le moment et lui repose les règles du service en matière de tenue vestimentaire, l'invitant à se mettre torse nu dans sa chambre et à s'habiller dans les parties communes. Il remet son t-shirt, quitte le service en claquant la porte, puis revient un dizaine de minute plus tard et s'enferme dans sa chambre.

On reprend la chose avec le médecin et au passage, on détricote un imbroglio familiale dans lequel il se débat alors comme un insecte pris dans une toile : sa mère a refusé à demi-mot de le recevoir en permission à la maison ce WE et propose officiellement une journée shopping en ville parce qu'officieusement son beau-père refuse qu'il mette les pieds à la maison... Il veut voir sa mère à la maison et refuse de voir son « connard de beau-père ».

Son ressentiment envers moi reste vif, il ne me parle plus et m'évite soigneusement. Au delà de Samuel, l'ambiance dans le service est tendue : ça a parfois des airs de règlement de compte à OK Corail avec bande de patients contre bande de soignants, tous excédés; silence, calme avant la tempête sur tous les moments de vie collective.

Et justement, aujourd'hui, il est midi et c'est le repas ; il fait beau, on sert en terrasse. Ma collègue aide-soignante, Annie, où plutôt « mamie » devrais-je dire, puisque c'est le surnom que les

patients lui ont affectueusement donné, se pose en chef d'orchestre. Elle apporte les plats, ils la questionnent et la chambre gentiment sur son nord natale, elle répond, ça rigole et c'est détendu. Et je regarde ce groupe, ces jeunes reprendre forme humaine : ils redeviennent des jeunes hommes, des jeunes femmes face à une ancienne qui pourrait effectivement être leur grand-mère. Et dans ce pas de côté, c'est comme si un monstrueux dispositif de défense baissait un peu sa garde et que derrière cette ligne Maginot, on entrevoyait à nouveau des femmes et des hommes, la jeunesse des uns et celle un peu ridée d'Annie. Je suis assis à une table voisine de celle de Samuel et il me demande une carafe d'eau s'il vous plaît. Il y a de la gêne dans sa voix, c'est un effort qu'il a consenti à faire ; je la lui tends avec un peu de gêne aussi, c'est un effort que de recevoir ce cadeau.

J'ai l'impression qu'au PAJA, on ne fait rien de sensationnel mais on n'est pas complètement déconnant, on n'a pas un savoir énorme, le service ne tourne pas avec un projet hyper cohérent, une approche idéologique spécifique du soin vraiment travaillée en équipe. Mais je remarque une chose : l'équipe est vivante. L'équipe vit : elle parle, elle sait à peu près s'engueuler, s'aime suffisamment, cultive le désir de travailler ensemble, elle tolère une dose de conflit. On tient.

### *...Ensemble, avec les patients...*

Tenir entre collègue, c'est essentiel mais ce n'est évidemment pas suffisant, ce mouvement de vie doit bénéficier d'une porosité entre l'équipe et les patients.

En effet, la vie est parfois préservée dans l'équipe, mais confinée derrière un mur bardé de miradors : coté équipe, on enclenche des mouvements de repli avec évitement, rejet, projection, genre régime nationaliste, exaltation du sécuritaire et de tout ce qui fait frontière entre soignants et patients. Lors de l'été dont je parlais précédemment, nous avons accueillis en même temps plusieurs patients adressés par des ITEP pour des passages à l'acte sur des éducateurs, des crises clastiques. Rapidement, l'ambiance du service tourne vinaigre : beaucoup de violence, de provocations en tout genre. Conjointement, on constate ce mouvement de repli d'équipe : un collègue résume cela dans une phrase qu'il dit excédé à un jeune qui lui reproche de prendre du bon temps sur son travail en jouant au ping-pong avec un autre collègue ; le jeune menace de « le dire aux autres », mon collègue lui balance : « les loups ne se mangent pas entre eux ». Je me souviens que nous n'avons jamais autant été dénigrant en ce qui concerne les éducateurs de foyer, les référents ASE que durant cet été-là. Choisis ton camps camarade !

Ces mouvements sécuritaires défensifs se dissolvent toujours jusque-là, et il faut parfois un petit rien pour que la vie trouve des interstices poreux, inonde le collectif et permettent aux patients de s'inscrire dans une histoire singulière et collective au PAJA. Ce jour-là, c'était ce groupe, Annie, la terrasse et le soleil...

Bref, l'ambiance. La vitale ambiance.

### *...Ensemble, avec tout le monde...*

Travailler ensemble n'a de sens que si l'on s'astreint à travailler avec tout le monde ; un grand bain, et on se mouille, collègues et patients compris. Et concernant les collègues, c'est parfois moins évident. C'est pourtant essentiel car ce « tout le monde » des collègues, renvoie au « tout le monde » de la société civile.

Je m'explique et j'en reviens pour cela à Blandine Ponet :

« Exister comme collectif, c'est aussi comprendre qu'accepter d'être concerné par les malades, c'est aussi accepter d'être concerné par les collègues, parce que les malades sont malades, « collègues compris », si l'on peut dire. Parce que le collectif en psychiatrie est littéralement une feuille de papier sur laquelle s'inscrivent les symptômes. Du collectif en psychiatrie, on ne peut pas s'extraire. Il nous engage de fait. » (p.325)

Et puis :

“En psychiatrie, on peut toujours rêver de travailler avec d'autres. On peut toujours penser que celui-là ou celle-là n'est pas une lumière et rêver d'autres collègues qui seraient “mieux”. Je trouve que l'on méconnaît trop que la psychose appelle à une exigence: celle de travailler avec tout le monde.”

J'ai travaillé quelques années dans un service de suite avec Jacques, un collègue aide-soignant aujourd'hui à la retraite. Il a une longue expérience de la psychiatrie et a toujours travaillé en unité de long séjour psychiatrique, avec les “chroniques”. Jacques est un collègue en qui j'ai confiance, il le dit lui-même, sans prétention : “je connais le boulot”, et il est vrai qu'il le connaît. C'est peut être son défaut, il le connaît tellement qu'il devient allergique au moindre changement.

Jacques est un bon collègue, mais ce n'est pas mon modèle, je ne l'admire pas particulièrement. Il a des relents un peu droitiers, des attitudes, des avis de vieux conservateur. Il ne croit pas trop en ce qu'il considère comme de « la parlotte » avec les patients. Il va plutôt convoquer sa soumission à l'autorité que son adhésion au soin et aller rapidement au corps à corps. « ON est pas là pour acheter des cravates ». Et je sens bien lorsqu'on travaille ensemble, que mes tentatives d'aller chercher l'autre là où il est le font sourire, voir l'agacent, et qu'il est rapidement tenté de le ramener bras dessus bras dessous là où il faut.

Et puis l'humour enrobe tout ça, il a beaucoup d'humour et est capable d'auto-dérision. J'aime travailler avec lui. Il se réfère au cadre, aux consignes, à la loi, tellement que parfois ça me fatigue, mais il le fait avec tous, il est juste, et constant. Et la constance dans la durée, la durée d'un service de suite, ça signe une force.

Il a ça, avec au fond, bien au fond, une capacité à être tout à coup débordé par sa colère et à devenir moins patient, une petite lueur qui peut effrayer. Mais cette colère est loin, et il faut gratter fort, alors on a le plus souvent droit à cette constance.

« Mon boucher est un bonhomme abominable, mais son jambon sec est un pur moment de bonheur... ». Manu Larcenet dans “le combat ordinaire”. Et il écrit encore :

« J'ai souvent confondu l'artiste et son œuvre... Ce n'est que grâce à la psychanalyse, par étapes successives, que j'ai vaguement pu dissocier les deux : on peut être un grand artiste et un sale con... On peut faire des choses très belles en étant soi-même assez moche. On peut saisir toute la beauté du monde sur du papier mais n'en jamais faire partie... C'est étrange : Comment peut-on être à ce point dépassé par ce qu'on fait ? Mais si l'œuvre est meilleure que l'artiste, pourquoi ne l'améliore-t-elle pas ? La main frôle le divin quand les pieds pataugent dans la médiocrité... Que l'on préfère l'un ou l'autre, le messager et le message ne se fondent peut-être jamais... »

Jacques n'est pas un type abominable ni un sale con, ce n'est pas le propos ; mais Jacques n'est pas un mentor, il n'a rien d'extraordinaire qui me fait briller les yeux : je ne sais pas si je l'aurais choisi dans mon “service idéal”. Seulement voilà: les patients sont souvent très calme et disponibles en sa présence: Me Joe, très délirante persécutée, fuyante, rejetante, va s'agiter dans le service sans qu'on puisse attraper quoi que ce soit pour l'aider. Et puis dans le même temps, elle va se poser durant le goûter face à Jacques, et accepter qu'il l'aide à ranger son placard.

Alors qu'est ce qu'il a de plus que moi? Moi qui suis inquiet pour Me Joe, préoccupé, je tente de l'approcher, de tenir des bribes de contact pour la ferrer dans le soin! Je me prends vestes sur insultes, et je m'inquiète encore! Et lui, même pas inquiet, il a dû se dire : elle est encore bien folle aujourd'hui celle-là! Il arrive avec son chocolat chaud et elle se détend... Et ça lui fait ni chaud ni froid! Il a ça à proposer, et Me Joe le reconnaît. Elle reconnaît sa fonction soignante. Et cela fonctionne avec d'autres patients, peut-être pour d'autres raisons. Il a un pouvoir apaisant qui semble le dépasser.

A partir de là, il n'y a pas de collègue idéal, de service formidable parce qu'on aurait mis là une bande de supposés élites. Il y a des soignants qui proposent un panel assez large d'individus, et le patient vient trouver quelque chose, quelqu'un qu'il reconnaît. Ce sont les patients - lorsqu'on accepte de se centrer sur eux et non plus sur nos références personnelles - qui viennent mettre en lumière la fonction soignante de chacun. Tout cela nous parle des conflits à la « machin, y fait pas l'boulot, machin y bosse n'importe comment ! »  
Hé machin, c'est quoi pour toi « le boulot » ?

Et si le boulot c'était justement de parvenir à accepter que moi et machin, on ne voit pas la même chose lorsqu'on regarde le fameux « boulot », lorsqu'on regarde Me Joe et ce qu'on croit devoir faire avec elle. Accepter cela, c'est énorme ; assumer sa singularité et accepter d'être ensemble, ce « travailler avec tout le monde », c'est la seule façon de permettre à Me Joe de partager avec chacun de nous un peu de sa charge morbide et d'alléger le fardeau.

Travailler avec tout le monde, c'est un préalable, une base pour lui permettre de partager avec chacun de nous sa charge morbide, c'est s'appuyer sur nous. Et bientôt, à condition qu'un travail soit opéré sur ces fragments morbides qu'elle dépose en nous, il s'agira de lui permettre de reprendre en charge son propre portage.

### **...Travailler...**

A ce stade, il nous faut décortiquer ce fameux travail que nous avons à mener ensemble et pour cela parler de la fonction phorique.

« L'adjectif « phorique » nous vient du grec ancien phorein et veut dire « porter » », nous dit Pierre Delion. « La fonction phorique caractérise tout ce qui relève explicitement de cette action de portage » (p13) et « concerne une partie non négligeable des activités humaines côtoyant les problématiques de dépendance » (13).

Pierre Delion s'appuie sur les concepts de Winnicott de holding, handling et d'object présentling.

La fonction phorique, pour le soignant et particulièrement l'infirmier en psychiatrie se définit comme le fait de porter physiquement comme psychiquement le patient sur ses « épaules psychiques », « tout le temps nécessaire mais juste ce qui suffit » (p47). En effet, « dès le début, la fonction phorique contient en creux celle de séparation ». Porter de manière suffisamment sécurisante pour permettre à l'enfant d'intérioriser ce portage, mais « de façon telle que la complétude soit, dès que possible, entamée » (p67), sinon, cette fonction ne se réduirait qu'à une simple « assistance technique ».

Notons qu'au-delà de l'infirmier en état d' « attention psychique » (p76), c'est l'équipe et plus largement le dispositif institutionnel qui assure cette fonction, en proposant des « espaces d'accueil et d'observation de la souffrance psychique, comme autant de lieux entourés dans le temps et dans l'espace par un cordon sanitaire constitué des appareils psychiques des soignants, qui peuvent, dans les bons cas, former un collectif. » (p47) Ainsi, dans le cadre de l'institution, chaque petit rien des moments passés avec le patient peut être l'occasion de prendre part au portage de sa souffrance psychique.

Mais parce que ce travail est nécessaire mais pas suffisant et pour que ce portage préfigure une possible séparation, Pierre Delion articule la fonction phorique avec deux autres fonctions.

Il définit la fonction sémaphorique comme une réponse au processus transférentiel: « les expériences vécues ensemble ont pour effet transférentiels de nous amener à partager les vécus » des patients « et de devenir les porteurs à notre tour de leur marques et de leur signes de souffrance psychique » (p76). Pierre Delion apparente cette fonction « au contre-transfert, ou aux contres-attitudes produites par les soignants en relation avec les phénomènes transférentiels dont ils sont sujets » (p 48).

Et lorsque le soignant met en récit au sein de la « constellation transférentielle » l'ensemble de ce qui fait signe, trace, marque en lui de sa rencontre avec le patient, alors il déploie ce que Pierre Delion nomme « la fonction métaphorique » (p 49). Il la définit comme une « fonction narrative » (p 78) et un travail de « transformation ». Le soignant devient le « porte-parole du patient ». (p 78)



On noue le contact avec le patient au sein d'un dispositif institutionnel qui l'entoure et lui prête une attention particulière, le patient se sent plus léger, porté ; ce transfert de charge nous transforme: nous sommes *marqués*, nous portons une « marque » (p 76) de la souffrance de l'autre. Nous nous efforçons de mettre en mots et en commun dans l'équipe - le plus honnêtement possible - cette trace singulière qu'a laissé en nous le patient. Voilà peut-être un résumé de ce que doit être la base du travail d'un infirmier en psychiatrie. Tout le visible, les activités, les sorties, les règles de vie, la paperasse, les planifications des soins, les relèves et autres réunions d'équipe, ne doivent être qu'un moyen de mettre ce travail phorique, sémaphorique et métaphorique en musique.

### *La nécessité d'en dire quelque chose...*

Il est nécessaire de mettre au travail l'ensemble de ces trois fonctions absolument complémentaires. Or l'infirmier est souvent porteur de la charge morbide du patient, il déploie naturellement une fonction phorique et sémaphorique, mais reste souvent seul à garder ce contenu indigeste parce que non transformé sur l'estomac.

« La proximité de tels patients confronte les soignants à des projections multiples et variées en qualité et en intensité, qui les soumettent à une pression (...) délétère pour leur propre santé mentale si rien n'est fait pour en transformer la charge morbide en éléments assimilables par tous. » (p103)

Pierre Delion souligne l'importance de travailler à plusieurs , et d'avoir de réelles réunions d'équipe adaptées « au problèmes spécifiques de la relation transférentielle », c'est à dire un espace où la parole y est absolument libre et surtout non hiérarchisée statutairement ; en effet, « les relations entre patients et soignants ne relèvent pas que du statut »(p106), elles peuvent transcender les cadres hiérarchiques habituels.

Il ne s'agit pas d'entrer dans l'intime du soignant, ni de se livrer à des élaborations intellectuelles ou autres interprétations pseudo psychanalytiques sauvages. Pierre Delion parle d' « attitude interprétative » (p107). Il explique que le soignant, confrontant son points de vue à celui des autres, le voit se modifier, chaque soignant opère ainsi des changements dans sa propre psyché, qui induisent un changement chez le patient. C'est comme si on opérerait un changement d'état sur la charge transférée par le patient.

Dans la réalité du travail infirmier, et surtout dans les services intra-hospitaliers, les réunions ressemblent d'avantage à des revues rapides de la semaine du patient, embolisées par des aspects organisationnels qui certes permettent de déployer un dispositif phorique, mais le travail s'arrête souvent là et on passe au patient suivant ; rien qui ne concerne le transfert. Le patient est porté, le soignant alourdi et la charge pour lui s'accumule de prises en charges en prises en charge.

Face à cette extrême rareté des réunions de constellation transférentielle, de tous ces temps d'échanges plus ou moins formels où se dit – parfois sans se le dire- le contre transfert. Dans une réunion d'équipe telle que le décrit Pierre Delion, il existe un cadre, un genre de cordon sanitaire qui en fait un espace où on peut le dire. Et bien faute de mieux et dans une réaction qui a sûrement à voir avec la survie psychique, les infirmiers bidouillent des espaces informels pour se dire ce contre transfert. Je me souviens avoir souvent entendu dire lorsque j'étais stagiaire : « il faut pouvoir en rire », « on a le droit d'en rire ». Et à travers ces plaisanteries se disaient des choses essentielles.

Nous passons un temps phénoménal à parler avec nos collègues des patients que l'on accompagne ; nous sommes intarissables sur le sujet. En salle de soin, en salle de pause, en fumant une clope sur la terrasse... On ne mesure pas l'importance de la caisse café. Agrippé à sa tasse, on raconte comment ce patient nous pompe, nous attriste, nous dégoutte, et puis on le raconte, lui, vu par soi ; et on n'est pas d'accord, on s'engueule, on se confronte.

Bref, même lorsqu'on ne la convoque pas, la fonction métaphorique se trouve des interstices pour se déployer, et permettre ainsi de restituer - à soi comme au patient - un contenu plus symbolisé, plus digeste. Utiliser l'informel, c'est, en l'absence de réunions de constellations transférentielles, la moindre des choses. Mais pour que cela soit possible, encore faut-il que l'ambiance dans le service soit propice à l'échange informel, libre, et supportant une dose de conflit. C'est la moindre des choses mais ce n'est pas Byzance, en effet, l'absence de cadre formel conduit à la coexistence de multiples espaces de paroles clivées dans l'équipe, témoin peut être du clivage du patient. C'est là une limite évidente de ce fonctionnement.

C'est de toute façon une part essentielle du travail de l'infirmier en psychiatrie, de ce fameux « prendre soin ». Part essentielle qui semble ne pas exister véritablement pour la hiérarchie administrative, ou si elle est tolérée, elle la nommera « temps de pause », « temps de repas », et il ne faudra pas en abuser sur son temps salarié. Cette dénégation apparaît dans le langage administratif, mais également dans l'architecture des services où la salle de soin, lieu supposé de circulation de la parole, répond d'avantage dans son agencement aux exigences hygiénistes de circulation du propre

et du sale. Et le seul lieu pouvant accueillir ces échanges informels reste la « salle du personnel ». Et ironie ou conséquence, cette dimension du travail n'existe souvent même pas pour les soignants qui le pratiquent pourtant, un peu coupables, sans le revendiquer et pour cause, le considèrent eux aussi comme un moment de pause en salle du personnel avant de, ironie de la formule, « se mettre au boulot » dans la salle de soin.

### ***Porter sans être soutenu...***

Ainsi, si la fonction métaphorique se fraie un chemin discret malgré tout, elle peine tout de même à trouver lieu, place et surtout légitimité dans l'institution. Pierre Delion, lors d'une conférence à l'AMPI (Association méditerranéenne de psychothérapie institutionnelle) parlait de la rareté des nécessaires « espaces symboligènes ».

Lors de nos multiples échanges, séminaires avec l'équipe de Serpsy, nous avons souvent associés sur les dérives montantes dans le métier d'infirmier en psychiatrie que je résumerais là en trois mots : épuisement professionnel, enfermement, uniformisation.

Et comment ne pas faire de lien entre la rareté des espaces symboligènes et chacune de ces dérives ?

Concernant l'épuisement professionnel, j'ai déjà esquissé le lien avec le manque d'espaces symboligènes. Jusqu'à quand pourrai-je garder en moi la charge brute de ce portage, signe de la souffrance du patient, sans pouvoir en dire quelque chose etc. Ca parle de ma collègue Eva qui ferme la porte de la salle du personnel et me vomit une patiente qui nous torture avec des menaces et des chantages au suicide. Ca finit par « mais qu'elle se bute cette conne !..... Merci. ».

En ce qui concerne l'enfermement. Sans espace pour distinguer dans mon vécu, la charge morbide que je porte du patient, comment ne pas s'engager seul ou en horde dans un collage aux symptômes du patient ?

Entendons là distinguer dans sa double dimension « séparer » et « entrevoir ». Et lorsque nous collons au symptôme, nous nous engageons bien malgré nous dans un jeu morbide d'action/réaction qui mène le plus souvent au bâillonnement des dits symptômes par l'enfermement. Je ne prétends pas que c'est là l'unique cause de la fréquence exceptionnelle de mise en chambre d'isolement en France. Il faut en effet souligner le manque de moyens humains empêchant le déploiement d'outils pour prévenir le recours à la violence chez les patients. Mettre en musique un portage, au delà des bonnes intentions, ça coûte. Cependant, il me paraît évident dans la pratique que toute situation comportant un risque de collage, comporte un risque d'explosion qui se traduit souvent par de la violence quelque soit sa direction.

Et dans le même registre du collage au symptôme, nous sommes de plus en plus nombreux à exiger des formations en techniques de défenses, formations qui sont parfois validées par les directions et mises en œuvre sous des appellations type « gestion de la violence ». J'ai d'ailleurs un collègue qui, demandeur de cette formation, en est revenu en me disant : « non mais c'est complètement fou ! Je ne suis pas devenu infirmier pour ça ! » Il me raconte alors que le formateur leur expliquait qu'en dernier recours, il faut attraper le patient par les couilles et tourner !

Enfin, concernant notre tendance à l'uniformisation, je dirai que nous travaillons souvent avec cette sensation qu'on manque de « cohérence » dans l'équipe. Il faut absolument que nous fassions tous pareil sinon... Et je me suis rendu compte que lorsqu'un patient me demande une biscotte en plus, en l'absence de règle pré-établie, je convoque dans ma tête l'ensemble de mes collègues pour un micro débat contradictoire d'une nano-seconde !

Dans le service, on retapise les murs avec des fiches énonçant les règles du petit déjeuner, les règles du tableau d'expression etc. Et tant mieux, ça nous aide !

Mais une nuit, Romuald en chambre d'isolement ne dort pas du tout. Enfermé, il tourne toute la nuit dans son réduit, sonne toutes les demi heures et divague sur des histoires un peu folles. Sa seule demande un peu concrète est une clope. Il l'implore réglementairement. Et bien Romuald fumera encore et encore cette nuit là ! La règle de la dernière clope à 23h attendra qu'il dorme. Quel bordel pour expliquer le lendemain à la relève que les règles pour tout, pour tous, tout le temps a ses limites dans la réalité.

Ce type de rapport à la règle a pour moi à voir avec l'absence d'espaces repérant pour déployer sainement une fonction métaphorique.

C'est comme si nous avions besoin, en l'absence de mots, de choses concrètes qui font signe qu'on est bien ensemble, que les autres sont là à côté de moi. Mais cela manque sa cible. En effet, le problème avec les règles pour tout, pour tous, tout le temps, c'est qu'il n'y a plus rien à dire de l'autre, plus rien à dire à l'autre et qu'il disparaît symboliquement. Et ce micro débat contradictoire dans ma tête au sujet de la biscotte n'aura pas lieu. C'est dans les écarts d'ajustement entre soi et l'autre que l'autre nous apparaît.

Ces espaces symboligènes permettent de dévoiler un peu nos singularités respectives et par là, de renforcer ce sentiment sécurisant que l'équipe continue à exister, à tenir dans sa diversité. Elle est une somme d'individus différents qui travaillent tous différemment ensemble, de façon cohérente parce qu'elle se dit les choses différentes qu'elle fait.

Une collègue m'a dit un jour : « la limite, c'est lorsque tu n'est plus capable de dire ouvertement à tes collègues ce que tu fais avec un patient. Là, faut s'interroger, t'es en zone rouge. »

Il faut tolérer une dose raisonnable de bordel et de créativité singulière ; mais pour cela, il faut que règne un régime démocratique.

Malheureusement, l'uniformisation des pratiques soignantes est largement encouragée voir imposée par la hiérarchie administrative qui, pour sa défense, échappe complètement aux enjeux du transfert. C'est donc à nous – soignants - qui sommes le seuls à pouvoir en témoigner, de se dresser contre cette tendance naturelle à l'uniformisation, tendance symptomatique du manque de lien symbolique transcendant l'équipe.

Et notons que parfois, c'est une aubaine que les directions nous imposent maladroitement leur diktat d'uniformité. Lorsque je travaillait en service de suite, nous sommes parvenus à nous dresser vent debout contre une planification informatisée des soins, réaffirmant le droit à l'imprévu, à la diversité des pratiques, à la singularité du patient et du soignant. Se construire en contre, c'est toujours ça de pris !

#### **4. La question du rapport au savoir dans le soin infirmier :**

Je parlerais du cartésianisme voire du scientisme. Pour prendre du recul, une sorte de vue d'ensemble. Qu'est-ce que cela vient faire là me direz-vous ? Je m'explique.

Qu'est-ce qui tiraille quand on travaille comme infirmier en psychiatrie ?

→ Cette dogma scientifique, le pouvoir médical, son savoir, ses diagnostics, les traitements,

Ce que pourrait nous faire croire via la médecine, c'est l'illusion scientifique. Le scientisme, ce serait l'idée que l'on pourrait répondre à toutes les questions qu'on se pose via la science, d'appliquer ses raisonnements à tous les champs de notre vie. (exemple : mettre en équation le sens de la vie, la paranoïa, etc....). C'est que l'on pourrait bientôt guérir les patients sans demander leur avis, car le mal qui les ronge est neurologique, exogène, dans le cerveau, dans tout les cas hors du sujet, un virus que l'on pourrait combattre et dont on viendra à bout. Mais qui sait ?

Premièrement, la visée de la science fut en soi une révolution ( la science dure, la physique, les mathématiques, etc...). Elle s'astreint à établir des lois générales et reproductibles (Popper). Dans le discours de la méthode, Descartes rend compte de la nécessité de la division entre le domaine de la physique (où domine la science) et celui de la métaphysique ( ce qui renvoie à l'étude de l'être en soi) dans lequel est renvoyé le sujet qui pense, doute, fabrique et se demande ce qu'il est. Avant le savoir était garanti par les Dieux, ainsi que notre destin ( paradis/enfer). Nous sommes au 17<sup>ème</sup> siècle, cette nécessité fait suite aux récentes découvertes telles que celles de Newton ou de Galilée, qui modifieront en profondeur la vision du monde. Descartes annonce que pour ce qu'il en est de l'humain, de la personne, un sujet de la subjectivité, celui qui se pose la question du sens de la/sa vie, renvoyant à sa singularité, la science va le laisser pour déchet. Elle ne va pas s'en occuper, le laisse en reste, comme un déchet. Le discours de la science et ses dérivés est aujourd'hui hégémonique, un discours quasi univoque.

Dans le champ de la psychiatrie, nous travaillons avec le paradigme de la singularité, du cas particulier, celui qui ne ressemble à aucun autre.

La singularité c'est que l'un n'est pas l'autre, vous n'êtes pas l'autre et inversement. La confusion possible entre deux sujets humains n'est pas possible même les jumeaux, car c'est une affaire d'âme. Ce qui fait le radical de la singularité du sujet, une inconnue qui le restera à jamais mais qui fait de nous des sujets désirant, c'est ce qui nous fait courir, le désir propre à chacun.

La singularité c'est ce qui fait de chacun d'entre nous l'exception aux lois générales. Par exemple, c'est remettre sans cesse le travail à l'ouvrage à chaque nouveaux patient au regard de ce qu'il met et remet en échec. C'est là que s'exprime la singularité, et la nécessité de réinventer non réductible à un savoir pré-établi.

Il faut penser l'homme comme un sujet et non comme un objet de science sinon autant aller s'occuper d'ordinateur, il vous le rendrons mieux !

Le champ de la psychiatrie peut-être ce terrain de jeu là.

La position de l'infirmier est délicate car prise entre un rôle prescrit, pré-fait, pré-maché, presque alors un rôle d'exécutant, un rôle qui vient à la place du discours d'un autre qui sait, lui-même sachant à la place du patient.

L'autre rôle on le dit propre, c'est ce qui reste. Il peut paraître un peu lisse, sans souffle, voire étouffé. Mais qui « je » suis dans cette institution ? Il s'agit là de trouver des manières de faire non univoque.

Pourquoi je vous parle de cela ? Car il ne s'agit pas là d'approfondir un clivage déjà existant et béant, qui ne cesse de se creuser, l'un déniait/niant l'autre particulièrement, c'est ce clivage entre scientisme et clinique particulière du patient.

Il ressort de toute ces années de pratiques que la seule façon pour moi de développer son rôle propre, de transcender ce clivage et de laisser parler le patient c'est de trouver des espaces métaphoriques pour en faire quelque chose d'autre.

## **5. Des espaces de métaphorisation /de pensées**

Où penser le phorique ? Avant même d'être dans le meta.....Organisons des lieux pirates !

En conclusion , notre petite solution toute personnelle mais qui a de l'effet : idée de serpsy comme une bulle d'air dans une pratique institutionnelle difficile, dans l'idée de transmettre cette initiative et de faire des émules, surtout du côté de la « survie » des soignants.

En 10 ans de carrière à l'hôpital psychiatrique en pavillons admission adulte, pas une fois je n'est rencontrée de réunion de supervision ou analyse de pratiques, vous pouvez l'appeler comme vous voulez, sauf un ou deux séance de debriefing lors de situations graves.

**Coluche disait que le pinard ça devrait être obligatoire. Moi je dis que c'est la supervision d'équipe qui devrait être obligatoire !**

Qu'avons nous trouvé dans ces espaces métaphoriques ? Nous nous sommes confrontés à notre manque à savoir et avons fait du lien. Ca nous a fait courir, ca nous a rendu désirant de revenir vers le patient pour chercher.

**Serpsy c'est quoi ?** Ce que nous ne trouvons plus dans nos institutions, nous le trouvons dans cet atelier d'exploration de la pensée du soin qu'est devenu Serpsy. Un « laboratoire de recherche » qui enrichit durablement la pratique ; il redessine une enveloppe de sens à un univers qui l'a perdu, il ouvre l'horizon, fait émerger des possibles ... C'est tout sauf une outre à savoir ou un discours prémâché.

Serpsy c'est un espace :

- de retraitement de situations cliniques difficiles et d'analyse de dysfonctionnements institutionnels,
- de réflexion sur la légitimité de chacun,
- d'exploration de certaines notions/concepts (étymologies, représentations, théories ...) , des vides, des interrogations, des interstices
- de réappropriation de nos mots, de nos valeurs, de nos références théoriques,
- de définition,
- de clarification/d'expérimentation de différents positionnements : se servir de soi comme outil, apprendre à s'écouter, se faire confiance sans perdre de vue le collectif,
- de découverte, d'exploration et de peaufinage de son style propre.

Du coup, c'est aussi :

- un espace de *reliance*, au sens où nous essayons de retrouver des liens de causalités multiples dans les situations que nous rapportons, ce qui régénère la complexité de la pensée au lieu de la « saucissonner » et de la scléroser.
- un espace où nous pouvons affronter nos incertitudes alors que nous baignons dans un univers de déterminisme absolu.
- Un espace où nous manipulons / mesurons / pensons le(s) risque(s) que nous pouvons prendre dans telle ou telle situation clinique, dans un univers où le risque doit évaluer zéro.



Enfin, Serpsy est un collectif essentiel dans un univers où le sentiment d'appartenance se dégrade puis se perd. Un collectif où nous pouvons penser et dire que rien n'est ni immuable ni inéluctable, comme on nous l'assène au quotidien dans nos services. Un collectif où chacun est un ambassadeur de nos utopies.

Pour finir, cet exposé a été écrit à l'aide de nombreuses de petites mains pour ne citer qu'elles : Anne-Marie Leyreloup ( Cadre ISP à la retraite) et Marie Rajablat ( ISP à la retraite).

Amiens le 24 Janvier 2019

Site internet : [serpsy.org](http://serpsy.org)