

UNIVERSITE PARIS-EST MARNE-LA-VALLEE

en partenariat avec le CFC : MPPPH de l'AP-HP

Master 1 de philosophie

Ethique médicale et hospitalière appliquée

Les contraintes de fonctionnement en hospitalisation psychiatrique.

Le bon soin est-il encore possible ?

François BOSSIS

Responsable de la formation : Eric FIAT

4 septembre 2017

SOMMAIRE

Introduction.....p. 4

Chapitre premierp. 6

Exercer au mieux sa fonction soignante en psychiatrie

- Disponibilitép. 6
- Continuité temporelle.....p. 7
- Confiance et confidentialitép. 8
- Respect et sollicitudep. 8
- Le *Care*p. 10
- Cadre et processus de soinp. 11

Chapitre IIp.14

Conditions actuelles du soin en hospitalisation psychiatrique

- Effectifs soignantsp. 14
- Nombre de litsp. 15
- Durée moyenne de séjourp. 16
- Formation psychiatriquep. 16
- Informatisation du dossier patientp. 17
- Protocoles et traçabilité des actions de soinp. 18

- L'informel	p. 19
- Management et organisation du travail	p. 20
- La réification	p. 22
Chapitre III	p. 24
Maintenir malgré tout un soin de qualité en psychiatrie.	
Quelques pistes de réflexion.	
- Réévaluation des effectifs soignants	p. 25
- Réflexion sur l'organisation des soins	p. 25
- Réflexion sur la formation psychiatrique	p. 26
Développer une éthique pratique	p. 27
Sensibiliser à la temporalité du soin	p. 31
Conclusion	p. 32
Bibliographie	p. 34

INTRODUCTION

Psychiatre hospitalier, nous partageons notre temps de façon égale entre une activité extra-hospitalière de consultation et une activité intra-hospitalière pour des patients qui sont hospitalisés à temps complet et sur des périodes qui peuvent aller de quelques jours à quelques mois, parfois même quelques années.

L'activité de consultation ne nous pose en général pas de problèmes particuliers si ce n'est ceux habituels de la clinique et de la thérapeutique auxquels nous nous confrontons dans la singularité propre à la relation médecin-patient. L'activité intra-hospitalière est en revanche plus problématique, car elle élargit grandement la singularité de cette relation. D'une relation de soins duelle et discontinue dans le cadre d'un suivi extrahospitalier (le patient pouvant bénéficier par ailleurs de prises en charge ambulatoires complémentaires), on passe à une relation de soins d'équipe, plurielle et continue au sein d'une institution, avec des règles intérieures et des contraintes organisationnelles serrées.

A l'origine de ce mémoire, plus qu'une situation professionnelle précise, c'est le constat de toute une série de dysfonctionnements qui se font ressentir au quotidien dans l'unité d'hospitalisation où nous exerçons et qui entretiennent le sentiment désagréable et insécurisant de ne pas avoir pu faire ce qui aurait été le mieux pour tel ou tel patient, du fait d'une organisation des conditions de travail qui vient de plus en plus souvent s'immiscer dans la mise en place et la réalisation des soins, en terme de quantité comme en terme de qualité. Ce sentiment désagréable et insécurisant est assez régulièrement exprimé et partagé par l'équipe soignante, principalement dans sa composante infirmière.

Concrètement, ce qui revient le plus souvent est l'impression de travailler de plus en plus à flux tendu, " le nez dans le guidon " pour reprendre un discours de plus en plus fréquent. Le manque de temps est mis en avant, dans la présence physique auprès des patients, ce que l'on appelle le temps direct, mais aussi dans les moments de réflexion et de synthèse avec l'ensemble des acteurs participant à la prise en

charge de ces patients, ce que l'on appelle le temps indirect. Ce temps est par ailleurs de plus en plus morcelé, rendant parfois difficile une permanence minimale tout au long d'une séquence de soins pour un même patient. Ceci vient mettre à mal une des spécificités du soin en psychiatrie à savoir la continuité, continuité qui a toujours été considérée comme une garantie de qualité dans la construction d'une relation de soin, mais aussi comme une garantie de sécurité dans cette même relation de soin.

Ces contraintes temporelles et l'évolution des outils de soins (protocoles de plus en plus nombreux, informatisation du dossier-patient...) accaparent l'esprit du soignant, conduisent à une perte de sa disponibilité psychique. Le patient y est moins présent dans sa singularité, devenant parfois une identité uniquement référencée à sa pathologie et aux différentes actions mises en place pour la prendre en charge. Cela peut bien sûr déclencher chez le patient des incompréhensions, des tensions, des sentiments ambivalents, voire de l'agressivité, et en retour des réactions soignantes mal contrôlées : énervement, contre-attitudes négatives, rejet, insuffisance ou absence de prise de recul, autant de réactions qui vont entretenir celles du patient dans une interaction négative éloignée de l'idéal d'une relation thérapeutique de qualité. Il n'est pas rare dans l'après coup de ressentir de la culpabilité à ne pas avoir pu faire ce qu'il aurait été juste de faire.

La problématique éthique naît alors au croisement des questions suivantes :

- Quels sont les éléments nécessaires voire indispensables pour pouvoir exercer au mieux sa fonction soignante dans un service hospitalier de psychiatrie ?
- Les conditions d'organisation des soins telles qu'elles évoluent depuis quelques années sont-elles favorables ou défavorables à l'exercice de cette fonction soignante dans un service hospitalier de psychiatrie ?

CHAPITRE PREMIER

Exercer au mieux sa fonction soignante en psychiatrie

Il existe bien sûr des éléments personnels qui sont ceux qui ont conduit à choisir de travailler dans cette spécialité médicale bien particulière, éléments personnels qu'il convient d'avoir un peu cernés et analysés au cours de sa formation, de manière à limiter le plus possible les projections de sa propre problématique dans la prise en charge des patients. Cette dimension n'est pas celle qui nous intéressera ici comme sujet d'étude, même si son importance semble évidente.

Exercer au mieux sa fonction soignante requiert aussi d'avoir la volonté et la possibilité d'une formation initiale et continue de qualité. Cette dimension n'est pas celle non plus qui nous intéressera ici, mais nous aurons l'occasion d'y revenir dans les chapitres II et III.

Définir les conditions pour accueillir et prendre en charge l'autre comme tel, patient souffrant de troubles psychiatriques et plus largement de troubles psychiques, définir les conditions d'un bon soin, nécessite de mettre en jeu dans la relation un certain nombre d'éléments que sont la disponibilité, la continuité temporelle, la confiance et la confidentialité, le respect et la sollicitude. Au cours d'une hospitalisation, ces éléments essentiels ne prennent tout leur sens que s'ils s'intègrent dans un cadre de soin réfléchi et défini, cadre dans lequel la fonction thérapeutique pourra s'exercer au mieux.

Disponibilité

La disponibilité, le fait d'être disponible, vient étymologiquement du latin *disponere* signifiant disposer. Quelqu'un qui est disponible est quelqu'un qui est libre, libre pour écouter le patient qui est devant lui, libre pour entendre ce qu'il a à dire de

lui et de sa souffrance. Il nous semble que cette disponibilité passe par trois choses d'importance inégale mais pour le moins complémentaires. Il s'agit d'avoir un lieu agréable et calme, accueillant, où l'on peut se poser tranquillement, où l'on sait que l'on ne sera pas dérangé. Il s'agit alors de pouvoir être complètement attentif à l'autre, de pouvoir faire le vide en soi pour pouvoir accueillir l'autre. Il s'agit enfin d'avoir du temps, suffisamment de temps pour accueillir la parole du patient qui est dans bien des cas en difficulté pour la livrer.

Continuité temporelle

Cette question prend une place particulièrement importante de nos jours, dans une société où le sentiment dominant est que tout va toujours plus vite, que tout doit toujours aller plus vite. Le temps c'est de l'argent, et malgré sa spécificité l'hôpital n'y échappe pas. Nous sommes ici dans le temps mesuré, chronométré, un temps physique, mathématique, en opposition avec un temps intérieur, psychologique, subjectif, qui renvoie à un vécu singulier, une durée, tels que Henri Bergson¹ a pu les définir. C'est le *chronos* et le *tempus* dont parle Etienne Klein².

Dans la relation de soin, c'est ce temps intérieur, subjectif, qui est à l'œuvre, particulièrement en psychiatrie. C'est le temps du soignant pour l'autre, le patient. C'est un temps qui construit une rencontre, qui avance à son rythme, et qui est variable selon le patient, suspendu, contracté, saccadé, surchargé, étouffant parfois. Il s'agit là de faire se rejoindre le temps du soignant et le temps du patient, et cela demande assez souvent de la patience.

C'est pour cette raison qu'il est important de pouvoir assurer, garantir, une durée et une continuité dans les soins. Elle implique qu'un même médecin et qu'une même équipe infirmière vont pouvoir s'occuper du patient tout le temps de son séjour, qu'ils pourront être repérés comme tels par le patient, qu'ils seront les référents des soins de ce patient. Cette continuité est essentielle pour favoriser une relation de soins en toute confiance, un lien thérapeutique fiable et de qualité.

¹ . Bergson H., *Durée et simultanéité*, Paris, PUF, Quadrige, 1992.

² . Klein E., *Le Temps*, Paris, Flammarion, Dominos, 1995.

Michel Geoffroy³ définit le temps comme une condition éthique du regard médical, et cela est particulièrement vrai en psychiatrie. La science médicale a opéré "une réduction de la réalité du malade, et même de la maladie, à une perception ou une représentation de l'un ou de l'autre qui privilégient leurs dimensions purement spatiales aux dépens de leur épaisseur temporelle ; le regard médical a trop oublié que l'identité des malades se déployait dans le temps, que la dimension temporelle ou diachronie était condition de la dimension culturelle, sans laquelle il n'est point d'homme et par conséquent point d'éthique".

Confiance et confidentialité

Les deux mots confiance et confiance dérivent étymologiquement du même mot latin *confidentia*, ce qui témoigne de leur lien particulièrement fort. Il ne peut y avoir de confiance sans confiance. La confiance en quelqu'un, c'est l'assurance que l'on peut se fier à quelqu'un, un sentiment de sécurité que l'on a vis à vis de quelqu'un. La confiance, c'est la communication de choses secrètes, ou du moins qui concernent l'intimité. La confidentialité, c'est le fait d'assurer et d'être garant de la confiance, de ce qui aura été dit pendant les soins. C'est évidemment la condition indispensable pour recueillir la parole du patient, son intimité psychique, ce qu'il y a de plus profond dans ce qu'il est, ses secrets, le cœur même de son identité.

Respect et sollicitude

"Respecter autrui c'est ne jamais le traiter simplement comme un moyen mais toujours en même temps comme une fin". "Le respect est le sentiment moral, il va à l'autre en tant que personne, il vient de la raison, de l'exercice de notre pensée élargie". "Le respect n'est pas quantifiable, il est le même pour tout le monde". KANT⁴ Le respect, c'est ne jamais traiter autrui comme un objet mais comme un sujet. L'étymologie de respect est le mot latin *respectus* qui signifie regard en arrière, égard. Le respect de l'autre impliquerait de ne pas porter sur lui un regard trop direct,

³ . Geoffroy M., *La patience et l'inquiétude*, Paris, Romillat, 2004.

⁴ . Kant cité par Fiat E dans son enseignement "Notion d'éthique" du Master 1 Ethique médicale et hospitalière appliquée, cours du 6 avril 2017.

trop insistant, un regard qui pourrait être intrusif, qui pourrait mettre à mal sa part d'intimité. En même temps il s'agirait de faire abstraction des qualités de l'autre, de faire abstraction des affects et de la corporéité de l'autre.

Proche du respect mais plus du côté de la sensibilité et de l'action, est la sollicitude. L'étymologie de sollicitude est le mot latin *sollicitudo* qui signifie inquiétude, souci des autres. La sollicitude renvoie aux soins attentifs que l'on prodigue à une personne, la figure paradigmatique en étant la sollicitude maternelle à l'égard de ses enfants. Pour Fabienne Brugère⁵, "la sollicitude s'exerce mais elle n'est pas une pratique comme les autres tant elle est essentiellement réactive face à un autre singulier dans la détresse ou dans le besoin : elle répond en réparant, en aidant au développement ou en protégeant car elle s'exerce en réponse à la dépendance, ce qui implique une combinaison de passivité et d'activité, une mobilisation de tout ce qui peut permettre d'intervenir dans l'accueil d'une situation où la vie, soit est mise en danger (extrême vieillesse, maladie ou dépression, très grande pauvreté, etc.), soit a besoin d'autrui pour se développer (début de vie)". Faire preuve de sollicitude, ajoute Fabienne Brugère⁶, c'est "entrer dans le récit des autres à partir de son propre récit, ce qui ne va pas sans un vécu de l'amour et du soin, qui s'enracine dans notre difficile rapport à l'attachement du début de vie". Cette remarque nous semble particulièrement intéressante en ce sens qu'elle renvoie chacun de ceux qui exercent dans le soin psychiatrique, et plus largement dans la relation d'aide, à sa propre histoire, à ce qui est souvent un des ressorts d'un tel engagement professionnel.

Au quotidien, dans le cadre d'une fonction soignante, sans doute un équilibre est-il à trouver entre respect et sollicitude. Le respect concerne la personne, la sollicitude s'adresse à un individu singulier. Cette tension entre respect et sollicitude est l'un des sujets d'étude de Paul Ricoeur⁷. Il invoque "la sagesse pratique" dans des situations singulières qui sont le plus souvent des situations de détresse et il plaide "pour une dialectique fine entre la sollicitude adressée aux personnes concrètes et le respect de règles morales et juridiques indifférentes à ces situations de détresse". Par ailleurs, il parle de l'équipe soignante et de la collégialité nécessaire pour prendre en compte ces situations de détresse : "ce n'est jamais seul que l'on décide, mais au sein

⁵. Brugère F., "La sollicitude et ses usages", *Cités*, 2009/4, Paris, PUF.

⁶. Idem

⁷. Ricoeur P., "Ethique et morale", *Lectures1. Autour du politique*, Paris, Seuil, 1999.

de ce que j'appellerai une cellule de conseil, où plusieurs points de vue sont en balance, dans l'amitié et le respect réciproques". Cela renvoie à la dimension institutionnelle du soin, et donc à la notion de cadre dans lequel peut s'exercer le soin.

Le Care

Le terme de *care* s'avère difficile à traduire en français, désignant à la fois ce qui relève de la sollicitude et du soin, comprenant donc d'un côté l'attention préoccupée à autrui (affaire de disposition, d'attitude ou de sentiment) et de l'autre une pratique de soin (affaire d'activité et de travail). Nous nous référons aux écrits de Joan Tronto⁸ où elle définit 4 phases qui lui semblent nécessaires dans l'acte du care pour que celui-ci soit bon : se soucier de, prendre en charge, prendre soin, recevoir le soin, ces 4 phases étant intimement liées.

Se soucier de (*caring about*). Cela implique de constater l'existence d'un besoin et d'évaluer la possibilité d'y apporter une réponse.

Prendre en charge (*take care of*). Cela implique d'assumer une certaine responsabilité par rapport à un besoin identifié et de déterminer la nature de la réponse à lui apporter.

Prendre soin (*care giving*). Cela implique un travail matériel, d'avoir une rencontre directe avec le besoin identifié.

Recevoir le soin (*care receiving*). Cela correspond à la reconnaissance de la manière dont l'objet de la sollicitude réagit au soin. C'est cette phase qui permet de savoir si une réponse satisfaisante a été apportée au besoin initial.

Pour illustrer ces 4 phases définies par Joan Tronto, nous pouvons prendre l'exemple relativement simple d'une anxiété survenant chez un patient hospitalisé dans un service de psychiatrie. Il s'agit d'abord de reconnaître les manifestations, les symptômes de cette anxiété, donc d'être présent pour le patient, disponible et attentif (*caring about*). La prise en charge elle-même va engager alors la responsabilité du

⁸. Tronto J., *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, éditions La Découverte, 2009.

soignant dans une démarche (*take care of*) associant pensées et actes (*care giving*) : sollicitude verbale, toucher corporel rassurant, proposition de venir dans un espace calme (salle de soin, chambre du patient), mesure de constantes physiologiques de base (tension artérielle, pouls), attention particulière à ce qui peut être dit de la survenue de cette anxiété, de son contexte. Enfin, dans une continuité dynamique, il s'agira d'évaluer la manière dont la démarche de soin contribue à diminuer et apaiser l'anxiété du patient (*care receiving*).

Cadre et processus de soin

Pour être mises en œuvre au mieux, les notions développées précédemment doivent s'articuler les unes avec les autres, et cela nécessite la construction d'un cadre de soins de qualité. De très nombreux auteurs ont conceptualisé à différents niveaux et dans différents contextes la mise en place et le fonctionnement de ce cadre de soins.

La notion de cadre a été définie par José Bleger⁹ en 1979 comme l'ensemble des constantes à l'intérieur duquel le processus de soins peut avoir lieu, et qui pour être opérant doit être maintenu sans failles ni ruptures. Les soignants le prédéfinissent et doivent être les garants de son respect. En tant que partie fixe, le cadre contient le processus de soins qui est dynamique, il le permet. Sans cadre, il ne peut y avoir de processus de soins.

Ce processus de soins est souvent défini comme fonction contenante. C'est une notion très fréquemment utilisée en clinique psychiatrique, particulièrement lorsqu'il s'agit de définir et de théoriser la fonction thérapeutique d'une institution comme l'unité d'hospitalisation à temps complet qui nous intéresse dans ce travail.

Elle a été élaborée d'abord autour de sa dimension de pare-excitation, c'est à dire d'une fonction de protection et de filtre vis-à-vis des excitations voire des agressions du monde extérieur, telle qu'elle a pu être envisagée par Sigmund Freud¹⁰. Do-

⁹ . Bleger J., " Psychanalyse du cadre psychanalytique", *Crise, Rupture et dépassement*, Dunod, 1979.

¹⁰ . Freud S., "Au-delà du principe de plaisir", *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1970.

nald Winnicott¹¹ reprendra ce concept quand il parlera des soins maternels assurant cette protection, de la préoccupation maternelle primaire, de la mère suffisamment bonne par son *holding*, son *handling* et son *object presenting*. Bion¹² va l'enrichir à son tour avec son concept de *fonction alpha* et d'attention réceptive. Dans cette attention réceptive, la fonction contenante du soignant ou de l'institution soignante est alors mise en avant en tant qu'agent de transformation des tensions et des souffrances plus ou moins indifférenciées du patient (éléments bêta) en éléments signifiants et reconnaissables par son psychisme (éléments alpha).

Plus récemment, Denis Mellier¹³ préfère le terme de fonction à contenir. Il insiste sur le fait que cette fonction à contenir du soignant envers un patient dépend étroitement de la qualité du travail de l'équipe à laquelle il appartient, de la cohésion et de l'unité de celle-ci. Cette fonction de contenance permettrait le repérage de la dimension psychique des conflits car, par définition, elle peut contenir et faire se rencontrer, en sachant qu'étymologiquement dit-il, "conflit" signifie "faire se rencontrer". Cette fonction à contenir est particulièrement importante lorsqu'il s'agit de prendre en charge des patients ayant des pathologies où les fonctionnements de la psyché sont à des niveaux assez archaïques et indifférenciés. On pense aux patients psychotiques dont le plus grand nombre est pris en charge dans les services de psychiatrie de l'hôpital public, mais aussi à d'autres pathologies dans des phases plus ou moins longues de déconstruction ou de régression psychique. "La fonction à contenir s'accompagne au mieux d'un travail de transformation psychique, de mise en forme psychique. Nous repérons les enjeux de ce travail comme le passage d'une situation sans aucun sens ni perception pour le sujet vers un état émotionnel qui le met en lien avec lui-même, avec son corps et avec autrui". Denis Mellier¹⁴ insiste par ailleurs sur la nécessaire attention du soignant dans son travail de contenance psychique. "L'attention allie le mouvement, la conscience et l'émotion, l'intrapsychique et l'interpsychique, le dedans et le dehors de la psyché". Cette attention du soignant doit concilier en permanence une grande proximité et un écart psychique.

¹¹ . Winnicott D., "La préoccupation maternelle primaire", *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1975.

¹² . Bion W.R., *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, coll. "Bibliothèque de psychanalyse", 1979.

¹³ . Mellier D., "La fonction à contenir", *La psychiatrie de l'enfant*, Paris, PUF, 2005.

¹⁴ . Idem

D'autres théorisations ont envisagé cette fonction de contenance. Parmi elles il y a celle de Didier Anzieu¹⁵ qui développe longuement la métaphore de l'enveloppe avec une conception très dynamique de son fonctionnement. Un auteur comme René Kaës¹⁶ a pu parler de la fonction contenante d'une équipe soignante comme d'un appareil psychique groupal, ce qui met encore une fois l'accent sur la nécessité d'un vrai travail d'équipe, d'une réflexion partagée sur celui-ci.

Au total, il nous semble que la littérature très riche sur ce sujet de la fonction contenante témoigne de son importance, de sa place centrale dans une institution de soins comme un service d'hospitalisation psychiatrique. Faute de contenance, on peut assez rapidement passer à la contention, psychique mais aussi physique, et si celle-ci est parfois nécessaire, elle doit toujours laisser place le plus vite possible à cette possibilité d'un travail de contenance.

¹⁵. Anzieu D., "La fonction contenante de la peau, du moi et de la pensée : conteneur, contenant et contenir", *Les contenants de pensée*, Paris, Dunod, 1993.

¹⁶. Kaës R., *Les théories psychanalytiques du groupe*, Paris, PUF, 1999.

CHAPITRE II

Conditions actuelles du soin en hospitalisation psychiatrique

Elles ont beaucoup évolué au cours des vingt dernières années, et plus particulièrement au cours des dix dernières, avec la mise en place active d'une politique générale d'évaluation et de rationalisation. Est affichée la volonté d'améliorer l'efficacité des soins en définissant pour ceux-ci des normes et des standards applicables partout sur le territoire français. Sont sous-entendues la contrainte économique et la volonté de réduction des dépenses de soins. On devine immédiatement une certaine contradiction, ou tout au moins un danger potentiel, celui de voir la dimension de contrainte économique prendre le pas sur la dimension d'amélioration des soins, mais c'est sur le terrain et au quotidien, que nous souhaitons étudier les répercussions de cette politique, en essayant dans un premier temps d'en repérer les effets les plus visibles.

Effectifs soignants

Leur réduction est facile à constater. Le nombre des infirmières et infirmiers dans une même unité d'hospitalisation et avec un même nombre de patients à prendre en charge a nettement diminué. Au point qu'il a fallu définir des effectifs minimum de sécurité, ceux-ci devenant assez souvent la norme de fonctionnement.

Qui dit effectifs minimum de sécurité dit possibilités de soins minimum. Alors quels sont ces soins minimum ? Sans doute une réponse au plus pressé, une réponse aux urgences, aux symptômes les plus visibles, une réponse au coup par coup, au détriment de la disponibilité et de l'écoute, de l'anticipation et de l'attention, de tout ce qui demande du temps. Or ce qui soigne en psychiatrie, c'est le temps consacré aux patients, essence même d'une véritable relation thérapeutique.

Nombre de lits

La diminution du nombre de lits en psychiatrie a été drastique au cours des quarante dernières années. Elle a commencé dans les années 60 et 70, à l'époque où les modalités de prises en charge psychiatriques ont évolué, où l'objectif de celles-ci a été de faire sortir des patients qui étaient parfois hospitalisés depuis très longtemps, chronicisés institutionnellement, pour les soigner chez eux, en favorisant les possibilités de réhabilitation psychosociale voire socioprofessionnelle. Ces modalités de prises en charge psychiatriques se sont appuyées sur une politique dite de secteur, où les soins devaient s'organiser au plus près de la population, par l'intermédiaire de différentes structures alternatives à l'hospitalisation temps plein : centres de consultation, hôpitaux de jour, équipes de soins à domicile, etc. Elle s'est poursuivie et amplifiée, à partir des années 80 et jusqu'à nos jours, mais dans un contexte où l'on peut dire que les objectifs de cette politique ont plus ou moins servi d'alibis à la réduction des dépenses de santé.

Aussi, depuis une quinzaine d'années, les hospitalisations se font à flux tendu, avec des taux d'occupation des lits dans une unité d'hospitalisation à temps complet qui est toujours proche des 100 pour 100 sur l'année. On imagine sans peine la contrainte de place qu'il peut y avoir pour accueillir des patients en attente d'admission urgente, et le risque qui doit alors être pris d'écourter les soins pour des patients encore imparfaitement stabilisés.

Les échanges entre médecins et cadres de santé commencent souvent le matin par un état des lieux des lits disponibles, de ceux susceptibles d'être libérés pour accueillir les admissions en attente. Et nous constatons sur le terrain qu'il n'est pas facile de faire abstraction de cette réalité, que parfois même certaines décisions concernant les patients sont influencées pour une grande partie par ce contexte plus que par l'évolution de leur processus de soin dans l'unité d'hospitalisation.

Durée moyenne de séjour

Pris dans la même dynamique générale que les autres spécialités hospitalières, les services de psychiatrie doivent soigner de plus en plus vite. Pour les autorités administratives de tutelle, la durée moyenne de séjour est devenue un critère d'efficacité et de qualité. Plus un séjour est court et mieux c'est, cela s'entendant bien sûr d'un point de vue économique, car pour ce qui est de la qualité du soin lui-même la pertinence de ce critère reste très discutable.

Ce qui apparaît évident, c'est que les patients présentant des pathologies nécessitant un temps de soin assez long pour être mobilisées risquent de pâtir de la référence à ce critère : en premier lieu les patients psychotiques, mais également les pathologies où la dynamique régressive est à l'œuvre et où les processus de reconstruction psychique sont altérés. Le syndrome de la porte tournante a été évoqué pour parler de ces patients qui entrent et sortent d'un même service à intervalles réguliers, parfois très rapprochés, les hospitalisations prenant fin rapidement dès que les symptômes initiaux les plus gênants sont à peu près contrôlés, mais la ré-hospitalisation se trouvant rapidement nécessaire du fait même de cette stabilisation précaire. De même, alors qu'on a pu dans le passé parler d'internements abusifs pour des patients hospitalisés en psychiatrie sous contrainte, le terme d'extériorisation abusive est apparu il y a une vingtaine d'années dans le discours des professionnels pour déplorer la manière dont certains patients se trouvaient poussés à l'extérieur de l'hôpital alors même que leur état clinique restait manifestement préoccupant, sous la pression conjuguée du manque de lits d'hospitalisation et de la volonté de diminuer la durée moyenne de séjour.

Formation psychiatrique

Différentes réformes des études infirmières ont été mises en place depuis plus de vingt ans. Elles ont conduit, dans un premier temps à une disparition de la formation et du titre spécifique d'infirmier(e) psychiatrique, pour ne laisser qu'une formation commune à toute la profession d'infirmier(e), formation commune où l'enseignement des soins en psychiatrie s'est vu de fait très largement amputé de ce qu'il était auparavant. Dans un second temps, cet enseignement a été encore diminué pro-

gressivement au profit des autres spécialités médicales et chirurgicales, que ce soit en terme d'heures d'enseignement théorique ou en terme d'heures de stage dans les services de soins psychiatriques, au contact des patients. Par ailleurs, l'enseignement a mis de plus en plus en avant des modèles très opératoires, calqués sur ceux des autres spécialités médicales et chirurgicales, laissant de côté une grande partie de la spécificité des soins en psychiatrie. Malgré leur désir et leur volonté, les jeunes professionnels qui souhaitent exercer dans cette spécialité se retrouvent souvent en difficulté dans la relation aux patients, et un temps d'acculturation prolongé peut-être parfois nécessaire avant qu'ils ne trouvent leurs marques.

Les études médicales elles-mêmes ont suivi une évolution un peu comparable. Disparition du concours spécifique d'interne en psychiatrie en 1985, avec réintégration dans le cadre d'un internat commun où le classement au concours est maintenant l'élément discriminant du choix de spécialité. Par ailleurs, à l'image de ce qui se fait dans les autres spécialités médicales et chirurgicales, les enseignements, même s'ils peuvent varier d'une faculté à une autre, font la part belle aux soins dans le registre du *cure* et délaissent ceux dans le registre du *care*.

Informatisation du dossier-patient

Même en présence du patient, l'écran de l'ordinateur s'impose et s'interpose de plus en plus dans les entretiens cliniques et thérapeutiques qui ont lieu tout au long d'une hospitalisation. Les interactions visuelles avec le patient sont moins nombreuses, le passage par l'écran venant régulièrement détourner le regard, pendant que la main manie la souris pour aller chercher les éléments du dossier aux différents endroits où ils se trouvent. Le positionnement du corps, son attitude, se voient modifiés dans la relation au patient, et cela n'est pas sans incidence sur la manière dont l'attention s'exerce. Par souci de gagner du temps, il n'est pas rare de voir un soignant taper directement ses observations sur le clavier de son ordinateur pendant les entretiens, plutôt que de le faire après.

Protocoles et traçabilité des actions de soin

Quelle que soit la fonction soignante que l'on occupe, les nécessités du dossier patient informatisé sont chronophages, que ce soit pour le consulter dans ses différentes rubriques, ou pour répondre aux exigences de protocoles et de traçabilité des actions soignantes. Récemment, dans un journal professionnel, une enquête mettait le temps passé face à l'écran de l'ordinateur pour des internes en médecine, toutes spécialités confondues, à hauteur de 80 pour 100, ce qui signifie que le temps passé aux côtés des patient ne serait que de 20 pour 100. On peut espérer que ces chiffres soient un peu moins déséquilibrés pour des internes en psychiatrie, mais il y a cependant là une tendance assez généralisable.

La priorité pour le soignant peut devenir la validation des actions de soins au détriment du sens qu'elles peuvent avoir pour le patient au moment de leur réalisation. L'espace psychique du soignant peut être à la fois envahi et petit à petit formaté par ces exigences de protocolisation et de traçabilité des actions de soin. Le soignant peut alors perdre sa capacité d'accueil, son attention et sa disponibilité pour le patient. Par ailleurs, avec la multiplication des tâches et des informations à traiter dans le dossier patient informatisé, il semble que se pose assez souvent pour le soignant un problème de hiérarchisation de celles-ci.

Un protocole est un ensemble de règles préétablies pour qu'un évènement ou une opération se déroule au mieux. En médecine, il définit ce qu'il est bon de faire pour soigner au mieux un malade dans l'état actuel des connaissances. Il est établi par un groupe d'experts qui s'appuie sur les données de l'expérience cliniques, des résultats et des niveaux de preuves principalement statistiques. Ce qui est recherché, c'est l'efficacité.

A l'hôpital, les protocoles concernent les médecins, infirmiers et infirmières, aides-soignants et aides-soignantes, mais aussi les autres professionnels n'ayant pas une activité soignante directe. Pour les médecins, ils sont plus ou moins en lien avec le développement du courant de *Evidence Based Medicine*, concept d'origine anglo-saxonne où le pragmatisme est au premier plan, que l'on peut traduire en français par *La médecine basée sur des preuves*.

Il ne s'agit pas de mettre de côté ou de rejeter les protocoles. En pratique, ils imposent une rigueur aux soignants et une égalité d'accès aux soins reconnus comme les plus efficaces, ce qui ne peut être qu'un gage de sécurité pour le patient. Par ailleurs, ils permettent à la fois une contenance et une mise à distance des émotions des soignants, ce qui peut être très utile dans des situations d'urgence ou dans toute une série de gestes techniques. A l'inverse, cette extériorité apparaît comme une limitation lorsqu'il s'agit d'entrer en relation avec les patients. Et si dans certaines spécialités médicales très techniques cette limitation ne semble pas être un problème, on imagine mal qu'elle soit sans conséquence en psychiatrie.

L'informel

Dans une unité de soins psychiatriques, il y a un certain nombre d'actes techniques prescrits par le médecin psychiatre ou par le médecin somaticien : prises de sang, injections, prescriptions diverses en lien avec des pathologies somatiques intercurrentes des patients, actes techniques réalisés par les infirmières et infirmiers. Mais ce qui va constituer le cœur des soins, ce sont les temps relationnels, la pratique professionnelle de la relation.

Pour les psychiatres, ce sont des entretiens réguliers et assez codifiés avec les patients, qui ont lieu en présence d'un infirmier référent de ces patients, qui permettent de faire le point sur leur évolution clinique, d'aborder aussi les différentes problématiques en jeu chez eux, au plan psychologique mais aussi à des niveaux plus environnementaux, familiaux et sociaux, voire professionnels.

Pour les infirmières et infirmiers, il s'agit d'aller à la rencontre des patients, individuellement ou lorsqu'ils forment des groupes plus ou moins importants. Il n'y a pas alors d'objectif opérationnel particulier, si ce n'est d'être présent, de témoigner d'une présence et d'une mise à disposition, d'une ouverture à la relation. Jean-Paul Lanquetin¹⁷, praticien chercheur en soins infirmiers, définit ici la fonction immersion comme l'action volontaire d'aller au-devant, sur les lieux de présence du groupe ou des groupes de patients. Il s'agit d'être là et d'être avec dans le partage d'une certaine

¹⁷. Lanquetin J.P., "La place de l'informel en psychiatrie", *Pratiques en santé mentale*, n°1, 2015.

qualité de présence et de permanence, dans une co-présence, dans le soutien et le travail du lien à l'autre.

On voit immédiatement les menaces qui planent sur ce temps de disponibilité, ce temps que Jean-Paul Lanquetin¹⁸ qualifie d'informel. Il fait lui-même le constat que ce temps informel ne donne lieu à aucune saisie d'activité, qu'il n'est que très peu reconnu dans les planifications et organisations actuelles des soins en psychiatrie, qu'il y a là toute une démarche à engager pour cette reconnaissance et que ce sera une tâche ardue. Mais alors, quel soin en psychiatrie demeurerait possible si ce temps nécessaire pour la construction du lien à l'autre était amené à disparaître ?

Cette dimension de temps informel se retrouve à un autre niveau qui est celui du fonctionnement même d'une équipe soignante. Il est lui aussi sérieusement mis à mal par les organisations actuelles du travail. Ce temps informel d'équipe est analysé et défendu par ChabhaVernotte¹⁹, cadre supérieur de santé en psychiatrie. Il vient à côté du temps formel, planifié, quantifié, visible et répondant à des objectifs précis. Il correspond à des temps de pause, plus ou moins programmés, qui permettent l'instauration de relations où identité personnelle et professionnelle entrent en résonance, où les enjeux humains et sociaux se conjuguent avec les enjeux techniques et organisationnels. C'est un temps de pause où "l'être" interfère avec le "faire" et où les gains se situent dans la sphère du "care" de l'équipe, installant ainsi une certaine qualité de vie au travail.

Management et organisation du travail

Le mot s'est installé dans le discours des administratifs et des cadres. Anglicisme signifiant : la conduite, la direction d'une entreprise, il place de fait l'hôpital et les différents services qui le composent au niveau de n'importe quelle entreprise du marché concurrentiel. Les techniques d'organisation et de gestion s'en rapprochent, avec pour les soignants un planning au quotidien où les tâches sont de plus en plus définies et encadrées, protocolisées, technicisées, dans un temps de plus en plus découpé et séquencé.

¹⁸. Idem

¹⁹. Vernotte C., "Le temps informel d'équipe", *Soins Psychiatrie*, n°284, 2013.

La multiplication de ces tâches contribue là aussi à une diminution du temps passé par les soignants auprès des patients. L'augmentation des tâches administratives fait que les soignants et les patients sont de plus en plus séparés les uns des autres dans une même unité d'hospitalisation. Une image nous vient, sans doute un peu caricaturale, mais qui illustre cependant une réalité : des soignants enfermés dans leur bureau vitré, installés derrière l'écran de leur ordinateur, en train de remplir les dossiers des patients, et de l'autre côté de la vitre de ce bureau, dans le hall qui dessert les différentes parties de l'unité, des patients en attente, attentifs à cette activité des soignants, leurs visages parfois collés à cette vitre.

Il est souvent fait le constat que l'organisation du travail déshumanise, que le management d'aujourd'hui n'est pas compatible avec le soin et de façon générale avec les métiers de relation, qu'il contredit de fait les valeurs du soin. Il y aurait comme un déni du sens de l'activité de soin. Est mis en avant le fait que l'organisation du travail est déterminée "d'en haut", dans des sphères administratives et technocratiques qui sont loin du terrain, de la réalité du terrain, qui ne perçoivent celle-ci qu'à travers des prismes où la dimension économique est omniprésente. Il y a là une confusion dans la sphère des biens, comme si tout était interchangeable à l'intérieur du modèle de production de biens manufacturés, comme si le soin pouvait être considéré comme un produit manufacturé. De fait, les conditions nécessaires pour les bonnes pratiques du soin, telles qu'elles ont été élaborées et conceptualisées par les professionnels du soin, ne sont souvent pas prise en compte.

Les évolutions sociétales se répercutent sur le champ professionnel, en psychiatrie comme ailleurs, il ne peut en être autrement. Les nouvelles méthodes d'organisation du travail ont tendance à induire une désorganisation des collectifs, et donc des espaces pour penser. On peut citer Christophe Dejours²⁰ qui rappelle qu'un collectif ne peut se constituer que sur la base d'un espace de délibération collective qui rend possible le développement d'une activité déontique, à savoir une activité de production de règles, ces règles étant nécessaires pour traiter ensemble le réel, les difficultés qu'il occasionne. Or, dit-il, les espaces de délibération tenus par les gestionnaire pour des temps non productifs sont de plus en plus proscrits. "Le collectif fait face au réel c'est à dire aux "bugs", pannes, dysfonctionnements, en esquivant, tri-

²⁰. Dejours C., "Effets de la désorganisation des collectifs sur le lien...à la tâche et à l'organisation", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°61, 2013.

chant, restant en mouvement. Le groupe, lui, en sera davantage affecté, arrêté, voire détruit, car incapable de sortir d'une organisation rigide où le mouvement, le pas de côté, ne peuvent s'inscrire. Le groupe, ce n'est qu'une juxtaposition d'individus, sans structure symbolique commune porteuse au-delà. La parole n'y circule que pour véhiculer des informations, sans vraie tentative de formulation et d'élaboration communes. Il n'y a plus de coopération mais de la coordination et de la comptabilité".

Monique Soula Desroches²¹ complète ce point de vue en le centrant dans le domaine du soin en psychiatrie : " Beaucoup d'acquis cliniques longuement élaborés sont remis en cause, morcelés, déstructurés par une "désinstitutionnalisation" des soins et du travail social où la logique du marché, le discours économique et managérial, devient l'organisateur dominant". Il existe de moins en moins d'espaces d'échange et de réflexion au niveau institutionnel. Ceux-ci ont laissé place à une pression croissante "pour appliquer des procédures dans la pratique du soin, la logique d'activités à consignes prolongeant ainsi le mode de fonctionnement administratif, et des critères d'évaluation objective devenant les principaux organisateurs du projet". " Un univers de procédure vient combler le vide institutionnel".

Par ailleurs l'évolution rapide des structures, des équipes, des groupes, est de plus en plus fréquente, parfois même recherchée. Le changement régulier de poste entre les différentes unités d'un même service devient la règle, si bien que les liens entre les professionnels se défont ou se rompent au même rythme, n'ont d'ailleurs parfois plus le temps de se nouer, avec à la clef le risque d'une perte de solidarité entre professionnels.

La réification

C'est une notion qui nous semble intéressante pour enrichir notre réflexion sur la manière dont les organisations du travail évoluent dans notre société, dans les entreprises du secteur marchand et concurrentiel bien sûr, mais aussi, progressivement, insidieusement, dans les hôpitaux. Nous proposons de nous référer aux travaux de

²¹. Soula Desroche M., "L'analyse d'institutions sous une emprise gestionnaire", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2013.

Axel Honneth²², qui reprend et réactualise le concept de réification défini en 1923 par Georg Lukacs, philosophe de l'Ecole de Francfort.

La réification est l'action de réifier, c'est à dire de transformer en chose, de donner un caractère de chose, de chosifier. Etymologiquement, le mot est construit à partir du mot latin *res* en latin qui signifie la chose.

Axel Honneth définit trois formes de réification. Parmi elles, la réification intersubjective, celle qui concerne le rapport aux autres, et l'autoréification, qui concerne le rapport à soi, semblent intéressantes à étudier en ce sens qu'elles semblent être toutes les deux le produit de pratiques institutionnelles sociales, en particulier dans le domaine professionnel, et qu'elles vont à l'encontre de ce qui fait traditionnellement la qualité d'une relation d'aide ou de soin.

²².Honneth A., *La réification-Petit traité de théorie critique*,

CHAPITRE III

Maintenir malgré tout un soin de qualité en psychiatrie.

Quelques pistes de réflexion.

Si l'on confronte les éléments que nous avons apportés sur ce que doit être un bon cadre de soins en psychiatrie et ceux qui concernent les conditions actuelles d'organisation des soins en psychiatrie, deux logiques assez contradictoires semblent se faire face. Au centre de cette contradiction, le rapport au temps, la temporalité du soin psychiatrique qui est bien spécifique, et la façon dont petit à petit, insidieusement, se formate dans les esprits un rapport un peu déshumanisé à la relation de soins, le risque d'un soin sans relation.

Les évolutions que nous constatons dans la gestion et l'organisation du soin en psychiatrie se retrouvent dans l'ensemble du domaine de la santé, et de manière plus large encore dans la société où cela devient un sujet d'actualité assez récurrent. Nous sommes donc, de fait, pris aussi dans ce mouvement en tant que citoyen.

Comment se situer professionnellement dans cette contradiction ? Comment s'en sortir avec les contraintes d'organisation des soins en psychiatrie ? Quelles sont les ressources dont disposent les professionnels ?

Au delà d'un positionnement en termes de résistance à certains changements, il s'agit pour nous de tracer quelques pistes de réflexion pour l'élaboration de propositions. Il nous semble qu'elles sont à envisager d'une part au niveau individuel, pour chaque soignant, d'autre part à un niveau plus groupal, organisationnel, pour l'équipe soignante.

Réévaluation des effectifs soignants

Il semble évident qu'elle doit se faire à la hausse compte tenu du constat fait précédemment. Un vœu pieu sans doute dans le contexte actuel, mais qu'il importe de maintenir. Nous avons vu que la diminution des soignants rend les conditions actuelles de soin en hospitalisation temps plein assez souvent "limites", en terme de qualité d'accompagnement, mais aussi parfois en terme de sécurité. Dans un journal professionnel récent, nous avons pu lire avec une certaine stupéfaction, qu'une étude très sérieuse menée aux Etats-Unis avait étudié le rapport entre temps soignant et qualité des soins et que la conclusion était que plus le temps soignant était important meilleurs étaient les soins. Même les évidences doivent être évaluées ! Nous pouvons supposer que le lien entre diminution du nombre de soignants et diminution de la sécurité pourrait aussi être démontré de la même façon.

Réflexion sur l'organisation des soins

Elle nous semble indispensable de façon à rééquilibrer les proportions entre le temps soignant consacré vraiment aux patients et le temps consacré aux différentes tâches administratives, à la traçabilité des actions sur le dossier patient, aux autres démarches sans lien direct avec les patients.

Il nous semble également indispensable de définir ou redéfinir et de valoriser ou revaloriser le temps soignant informel auprès des patients et au sein même des équipes soignantes. Il s'agit de rendre visible et lisible une des spécificités de l'activité infirmière en psychiatrie, de faire reconnaître un savoir faire qui ne rentre pas dans les grilles de saisie d'activités telles qu'elles sont le plus souvent définies dans le cadre de l'organisation et de la rationalisation actuelles des soins. Des recherches en soins infirmiers commencent à être faites dans ce sens et elles méritent d'être poursuivies. Un bon exemple d'un tel travail de recherche est celui porté par Sophie Tchukriel et Jean-Paul Lanquetin : "L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie", rapport de recherche effectué dans le cadre du Conseil Scientifique de

la recherche du Centre Hospitalier du Vinatier (69). Les résultats les plus importants sont exposés dans un article de Jean-Paul Lanquetin²³ lui-même.

Par ailleurs, il nous semble très important de préserver au maximum une continuité d'équipe dans la prise en charge d'un même patient, ce qui implique une stabilité minimale dans le positionnement des soignants au sein des unités où ils exercent, donc une attention particulière au niveau de leur planning. Enfin, le recours aux contractuels qui s'est développé à l'hôpital comme dans beaucoup d'entreprises concurrentielles est sans doute aussi à limiter car il vient souvent rompre cette continuité par des changements d'affectation répétés.

Réflexion sur la formation psychiatrique

Nous avons vu que cette formation psychiatrique avait beaucoup souffert des réformes successives dans les différentes filières conduisant à une fonction soignante. Elle s'est beaucoup réduite dans la formation initiale et mériterait d'être remise à niveau, d'autant que les attentes à son égard sont de plus en plus importantes. A ce propos, une redéfinition de son champ d'intervention serait d'ailleurs souhaitable entre d'un côté les troubles et pathologies psychiatriques proprement dits, et de l'autre les troubles relevant de la santé mentale.

La formation psychiatrique s'est également beaucoup recentrée sur les symptômes, sur les diagnostics, sur les traitements, elle a suivi la tendance lourde dans toute la médecine à privilégier et à mettre en avant une modélisation très opératoire, très protocolisée, de la démarche clinique et thérapeutique. Il est difficile de remettre en cause cette évolution qui a par ailleurs des effets positifs, mais il nous semble qu'un contrepoint indispensable doit être mis en place pour que cette démarche clinique et thérapeutique soit rééquilibrée par un abord où les questions d'éthique et les questions de temporalité prendraient toute la place qu'elles méritent, c'est-à-dire une place essentielle. Ceci nous semble particulièrement vrai pour le soin en psychiatrie, où la rencontre avec le patient, la rencontre avec l'autre, l'ouverture vers l'autre en souffrance, sont des éléments fondamentaux pour le soignant.

²³. Lanquetin J.P., "L'invisible réalité des soins informels infirmiers", *Soins Psychiatrie*, n° 284, 2013.

— Développer une éthique pratique

Il s'agirait de contrebalancer les conséquences des évolutions professionnelles où, nous l'avons vu, les obligations du dossier médical informatisé, celles des protocoles et de la traçabilité, l'organisation à la tâche et de plus en plus discontinu des soins, conduisent à réduire le patient à son *hic et nunc*, à le réifier, avec le risque d'une perte de sens de ces soins. "Le soignant en psychiatrie est "attaqué" par la psychose mais aussi par l'institution de soins qui ne favorise pas le vivant en imposant de plus en plus de procédures. Alors le risque, c'est l'oubli de l'autre au profit d'un membre de la "patientèle", c'est l'assimilation de la relation de soin à une relation de type commercial, effectuée dans le cadre d'un hôpital-entreprise" dit Patrick Touzet²⁴, qui milite pour un développement constant d'une préoccupation éthique commune à l'ensemble des soignants, quels que soient leurs rôles et leurs statuts.

Le respect mis au centre de cette éthique doit permettre de s'adresser toujours au patient en tant que personne, en étant attentif à la présence de l'humanité en lui quelles que soient par ailleurs ses qualités. Pour cela, il nous semble particulièrement intéressant de faire référence à l'exercice de la pensée élargie telle qu'envisagée par Kant²⁵. Ne pas réduire le patient à son présent, jouer sur la gamme des 3 temps et la gamme des 5 modes, conjuguer la relation au patient aux différents temps et modes possibles, cela nous paraît très pertinent dans le soin en psychiatrie où les patients sont souvent englués dans leurs troubles, s'y accrochent comme si leur existence se réduisait à ceux-ci.

La sollicitude est une dimension qu'il doit être aussi au centre de cette éthique, associée au respect, lui apportant une dimension complémentaire. "Le respect est nécessaire mais pas toujours suffisant, il faut lui apporter un je ne sais quoi qui s'invente dans la relation" Ricoeur²⁶. Dans la sollicitude, la sensibilité du soignant est engagée dans la relation, lui apportant quelque chose d'un peu plus vivant et créatif. Cette dimension de créativité est quelque peu tombée en désuétude, mais elle reste

²⁴ . Touzet P., "L'éthique comme philosophie première du soin", *Soins Psychiatrie*, n°284, 2013.

²⁵ . Kant cité par Fiat E dans son enseignement "Notion d'éthique" du Master 1 Ethique médicale et hospitalière appliquée, cours du 6 avril 2017.

²⁶ . Ricoeur cité par Fiat E dans son enseignement "Notion d'éthique" du Master 1 Ethique médicale et hospitalière appliquée, cours du 6 avril 2017.

pour nous fondamentale lorsqu'il s'agit de tisser une relation de soin. Il semble important de décrire et de valoriser cette situation de partage, d'échange découlant de notre capacité à considérer l'autre, à viser le bien pour lui et avec lui. Dans l'exercice de la fonction soignante, il faut apprendre sans cesse à se méfier d'une vérité que l'on pourrait postuler, et apprendre au contraire à choisir, parmi les possibilités de soin existantes, laquelle semble la meilleure pour le patient afin qu'il fasse au mieux avec ses troubles.

On retrouve la place de la sollicitude, du souci des autres, dans l'éthique du *care* telle qu'elle a été développée par Joan Tronto²⁷. Nous avons vu qu'il s'agissait aussi d'une éthique pratique, qui se fonde d'abord sur les expériences professionnelles concrètes du quotidien plutôt que sur des principes moraux abstraits et des règles. Ce qui la caractériserait le mieux serait l'attitude de celui ou celle qui se tient aux aguets, qui sait percevoir le besoin de l'autre proche, qui est capable de l'anticiper. Cette sensibilité active à l'autre, cette perception fine de ses attentes, font penser à la notion de *préoccupation maternelle primaire* telle qu'elle a pu être développée par Donald Winnicott²⁸ pour la relation entre la mère et son bébé. Il nous semble important de préciser que cette dimension de maternage ne doit être qu'un moment, une étape de contenance nécessaire, mais qui doit permettre ensuite un développement progressif de l'autonomie psychique.

Dans cette éthique pratique, l'importance de la dimension psychologique est à souligner, avec tout ce que cela implique de résonnances personnelles. Les sentiments peuvent facilement être mis en jeu, parfois de manière exagérée, et il est donc nécessaire de se protéger d'un trop d'investissement affectif qui pourrait déstabiliser l'équilibre personnel du soignant. A l'inverse, dans certaines situations professionnelles, le soignant peut éprouver du ressentiment, être amené à certains comportements où la maltraitance est possible, par exemple lorsqu'il est isolé, peu soutenu par une équipe. Cela pose la question du groupe et de l'institutionnel sur laquelle nous reviendrons un peu plus loin.

²⁷ . Tronto J., *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Edition de la Découverte, 2009.

²⁸ . Winnicott D., "La préoccupation maternelle primaire", *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1975.

Pour développer cette éthique pratique chez les soignants, sans doute faut-il lui donner une place plus grande tout au long des différents cursus de formation menant à une fonction soignante, sans doute faut-il l'entretenir tout au long de la vie professionnelle, de façon systématique, par des temps de réflexion et d'échanges sur des situations posant problème, par une formation continue plus ambitieuse sur cette question. Il existe actuellement dans les hôpitaux toute une série de formations obligatoires concernant la mise en place de nouveaux protocoles dans l'organisation des soins. Pourquoi ne pas imaginer une semblable obligation pour travailler ces questions centrales que sont le respect et la sollicitude. Walter Hesbeen²⁹ pose la question de l'enseignement des valeurs soignantes qu'il considère comme non négociables et que l'on doit faire exister, en les nommant, les explicitant, les montrant et les cultivant. Selon lui, ces valeurs non négociables sont le respect, la dignité, la bienveillance et la politesse. Il y ajoute 4 qualités que sont la générosité, la délicatesse, l'humilité et la sensibilité.

Développer et favoriser la mise en place des conditions d'une sensibilisation et d'un partage de ces notions d'éthique pratique doit se faire à un niveau individuel, mais il doit aussi se faire au niveau du groupe et de l'institution. Il faudrait prendre le temps au sein même de l'institution soignante de penser et d'interroger le soin tel qu'il se fait. Il serait souhaitable d'enrichir cette réflexion en faisant venir assez régulièrement, dans le cadre d'une formation continue qui pourrait être obligatoire, des intervenants extérieurs.

Plus largement, il semble urgent de redévelopper et de revaloriser le niveau institutionnel du soin en psychiatrie. Le mouvement de psychothérapie institutionnelle tel qu'il s'était développé dans les années 60 et jusque dans les années 80 est tombé peu à peu en désuétude et a fini par disparaître presque complètement. Il correspond à une époque, il paraît difficile de le faire renaître de nos jours, mais il pourrait être une base de travail pour redéfinir les spécificités de la fonction institutionnelle en psychiatrie. La question de la fonction contenante pourrait être au centre d'une telle redéfinition. Il s'agirait de résister autant que faire se peut à la bureaucratie, à la logique gestionnaire et à la normalisation évaluative, qui envahissent le soin, qui viennent le stériliser en supprimant peu à peu les conditions de l'indispensable

²⁹ . Hesbeen W., "Accompagner la vigilance éthique dans le quotidien des pratiques soignantes", Conférence dans le cadre du Master 1 Ethique médicale et hospitalière appliquée, 5 avril 2017.

créativité que requiert une relation thérapeutique. En psychiatrie, comme dans les autres spécialités médicales, le temps passé par les soignants auprès des patients a beaucoup diminué au profit de tâches administratives et logistiques qui n'ont rien à voir avec le soin, qui sont en lien avec des logiques budgétaires et de rentabilité. Le soin en psychiatrie a beaucoup de mal à s'accommoder de telles exigences, car passer du temps avec les malades, favoriser la rencontre authentique, porter une attention particulière à sa propre subjectivité et à son influence sur la relation, sont justement des éléments difficiles à quantifier. Il nous semble cependant possible, à partir du moment où ces éléments sont bien repérés et définis, d'avancer sur ce terrain de la quantification pour valider des exigences de soins. Le travail de recherche sur le temps informel infirmier rapporté par Jean-Paul Lanquetin³⁰ nous semble un bon exemple de démarche pour mettre en avant les spécificités d'une pratique et en contrepoint les moyens qu'elle requiert.

De son côté, après avoir envisagé le *care* dans la relation de soin, Joan Tronto³¹ élargit sa réflexion au champ de la politique sociale et des institutions prenant en charge des personnes plus ou moins autonomes. "Une politique du *care* est viable si elle est pensée à partir d'une façon plus appropriée de concevoir l'individu : il s'agit de reconnaître que nous sommes tous concernées par les relations de dépendance à un moment de notre vie (que se soit naturellement ou accidentellement) ou même à vie. Instituer le *care* ne revient pas à étendre un sentimentalisme sous la forme d'une politique, mais à orienter la politique en prenant en compte une conception de la personne plus proche de la réalité".

Nous ne pouvons que reprendre à notre compte cette proposition concernant les questions de politique des soins en psychiatrie, et la manière dont elles pourraient être abordées et pensées à l'avenir.

Mais le *care* est-il institutionnalisable et peut-il y avoir une institutionnalisation du *care* sans paternalisme ? Ce sont deux questions que pose Joanna Bitz³².

³⁰. Lanquetin J.P., "L'invisible réalité des soins informels infirmiers", *Soins Psychiatrie*, n° 284, 2013.

³¹. Tronto J., *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Edition de la Découverte, 2009.

³². Bitz Joanna, "L'éthique du care", *Ethique et santé*, 2009, Elsevier Masson.

— Sensibiliser à la temporalité du soin

Nous avons vu l'importance particulière du temps dans le soin psychiatrique, et nous avons fait le constat que cette dimension était peu à peu oubliée dans la pratique quotidienne, que le temps subjectif, le *tempus*, laissait de plus en plus la place au temps des horloges, temps mathématique, le *chronos*, et que par ailleurs, le temps opportun, si nécessaire dans la pratique médicale, le *kairos*, tel qu'il a été développé par Aristote³³, a de plus en plus de mal à trouver sa place.

Sensibiliser et développer la capacité de repérage des situations de soins dans ce qu'elles ont chaque fois de singulier au niveau de cette temporalité, nous semble donc un axe de réflexion essentiel dans l'enseignement du soin en psychiatrie, permettant de développer en parallèle la capacité à fonctionner dans des registres bien différents. Il s'agit de retrouver une adaptabilité et une souplesse de fonctionnement pour passer d'une situation de soin à une autre, se dégager d'un rythme soignant dont on a vu qu'il avait tendance à se normaliser, à devenir une succession de tâches plus ou moins équivalentes. De ce point de vue, et sans doute de façon un peu schématique, l'on peut ranger ces situations en deux grandes catégories, celle où les soignants sont dans l'accompagnement et celle où ils sont dans un soin plus ponctuel.

Dans le cadre d'un soin ponctuel, sur un temps court, que l'on peut qualifier de "simple", on peut dire globalement que l'obligation suffit de bien faire le geste ou la démarche qui est requise.

Dans le cadre d'un soin d'accompagnement, sur un temps plus long, cette obligation ne suffit pas, la question se pose de la rencontre, de la surprise, alors même que la tendance lourde pousse à être dans des cases, que la vision managériale du réel a tendance à dénier le sens de l'activité, que les organisations du travail sont déterminées "d'en haut" au lieu de les laisser s'adapter au réel du terrain.

³³ . Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Flammarion, 2004.

CONCLUSION

Avoir le sentiment, parfois, de ne pas avoir pu faire ce qui aurait été le mieux pour un patient, et donc de ne pas avoir pu exercer complètement notre responsabilité de soignant, du fait de contraintes liées au fonctionnement même de l'unité d'hospitalisation où nous exerçons, tel a été le point de départ de ce mémoire.

Cela nous a conduit à réinterroger l'exercice soignant dans ses composantes les plus essentielles, à un niveau individuel, groupal, mais aussi institutionnel, en sachant que ces niveaux sont en interdépendance permanente. Il ne peut pas y avoir de soin en psychiatrie sans relation avec les patients et il ne peut pas y avoir de relation avec les patients sans disponibilité de temps. Cela peut ressembler à une lapalissade, et pourtant les évolutions dans le fonctionnement hospitalier concourent à neutraliser cette double dimension relationnelle et temporelle. Comme dans l'ensemble des spécialités médicales, le regard soignant en psychiatrie a tendance à oublier que l'identité d'un patient se déploie dans le temps, qu'elle prend de l'épaisseur avec la durée. L'opératoire et l'immédiateté se voient donner la priorité, à travers les tâches administratives et logistiques, les exigences du dossier médical informatisé, la traçabilité des actions et les protocoles. Le vécu des patients, celui des soignants, les aléas de la relation thérapeutique, sont de moins en moins questionnés et élaborés, alors même qu'ils devraient être au cœur de notre pratique. Le constat est rude, d'autant plus qu'il semble s'inscrire dans un mouvement général qui touche l'ensemble de la société et dont on voit mal à court ou moyen terme ce qui pourrait le contrer.

Alors, comment se positionner, comment faire avec cette contradiction entre d'un côté, les nécessités d'un bon soin en psychiatrie, et de l'autre, celles d'un fonctionnement hospitalier où ce soin est de plus en plus envisagé en termes de comptabilité d'actes et de rationalité économique ? Peut-être en s'accrochant encore et encore, et quelle que soit la place et la fonction que l'on occupe auprès des patients, à ce qui fait toute la spécificité de la relation de soin et de la relation d'aide en général.

En-deçà des actes de soins techniques, il y a les soins relationnels, et il nous a semblé particulièrement pertinent de les aborder ou de les ré-aborder à travers la

question de l'éthique, de la visée du bien dans la relation au patient. Il y a les soins et il y a le soin, nous rappelle Walter Hesbeen³⁴. D'un côté, il y a les actes, tâches et techniques qui ponctuent le quotidien : c'est faire des soins. De l'autre côté, il y a le souci de, la préoccupation pour, la sollicitude pour : c'est prendre soin. Il nous paraît essentiel de remettre cette deuxième dimension au centre de nos préoccupations, tant à un niveau individuel qu'à un niveau plus collectif, institutionnel, et cela relève d'une attitude éthique, une éthique pratique, contextuelle, qui demande un minimum de temps, le temps de la délibération.

³⁴ .Hesbeen W., "Accompagner la vigilance éthique dans le quotidien des pratiques soignantes", Conférence dans le cadre du Master 1 Ethique médicale et hospitalière appliquée, 5 avril 2017.

BIBLIOGRAPHIE

Anzieu Didier, "La fonction contenante de la peau, du moi et de la pensée : contenant, contenant et contenir", *Les contenants de pensée*, Dunod, Paris, 1993.

Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Flammarion, Paris, 2004.

Bergson Henri, *Durée et simultanéité*, PUF, collection Quadrige, Paris, 1992.

Bergson Henri, *Essai sur les données immédiates de la conscience*, PUF, collection Quadrige, Paris, 1985.

Bion Wilfred Ruprecht, *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, collection "Bibliothèque de psychanalyse", 1979.

Bitz Joanna, "L'éthique du care", *Ethique et Santé*,

Blanchet Véronique, *Le protocole. Vers une nouvelle rationalité en médecine ?*, mémoire pour le Master 1 de philosophie pratique "éthique médicale et hospitalière, Université Paris Est en partenariat avec le CFCPH de l'AP-HP, 2009.

Bleger José, "Psychanalyse du cadre psychanalytique", *Crise, Rupture et dépassement*, Dunod, Paris, 1979.

Brugère Fabienne, "Pour une théorie générale du care", *La vie des idées*, 8 mai 2009, ISSN : 2105-3030.

Brugère Fabienne, "La sollicitude et ses usages", *Cités*, 2009/4 (n°40), Paris, PUF.

Dejours Christophe, "Effets de la désorganisation des collectifs sur le lien... à la tâche et à l'organisation", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2013/2 (n°61).

Freud Sigmund, "Au-delà du principe de plaisir", *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1970.

Geoffroy Michel, *La patience et l'inquiétude*, éditions Romillat, Paris, 2004.

Honneth Axel, *La réification. Petit traité de Théorie critique*, Gallimard, NRF essais, Paris, 2007.

Kaës René, *Les théories psychanalytiques du groupe*, Paris, PUF, 1999.

Klein Etienne, *Le temps*, Flammarion, collection Dominos, Paris, 1995.

Lanquetin Jean-Paul, "La place de l'informel en psychiatrie", *Pratiques en santé mentale*, n°1, 2015.

Lanquetin Jean-Paul, "L'invisible réalité des soins informels infirmiers", *Soins Psychiatrie*, n°284, janvier/février 2013, Elsevier Masson.

Melier Denis, "La fonction à contenir. Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel", *La psychiatrie de l'enfant* 2005/2 (Vol.48), Paris, PUF.

Prouteau Francis, "Le temps des autres", *Soins Cadres*, n°101, février 2017, Elsevier Masson.

Ricoeur Paul, "Ethique et morale", *Lectures I. Autour du politique*, Paris, Seuil, 1999.

Soula Desroche Monique, "L'analyse d'institutions sous une emprise gestionnaire", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2013/2 (n°61).

Svandra Philippe, "Repenser l'éthique avec Paul Ricoeur. Le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice", *Recherche en soins infirmiers*, 2016/ (n°124), ARSI.

Touzet Patrick, "L'éthique comme philosophie première du soin", *Soins Psychiatrie*, n°284, janvier/février 2013, Elsevier Masson.

Tronto Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, éditions La Découverte, 2009.

Vernotte Chabia, "Le temps informel d'équipe", *Soins Psychiatrie*, n°284, janvier/février 2013, Elsevier Masson.

Winnicott Donald, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1975.

Comme dans l'ensemble des spécialités médicales, les conditions d'exercice de la psychiatrie hospitalière ont beaucoup évolué au cours des deux dernières décennies. Dans un contexte de rationalisation et d'évaluation de l'activité fortement lié à un cadrage des coûts de santé, les nouveaux outils d'organisation et de gestion des soins tendent à les formater de telle manière que le temps passé auprès des patients se réduit, de même que la disponibilité psychique des soignants pour les accueillir et les prendre en charge. En regard de ces contraintes de plus en plus serrées, et après avoir rappelé ce qui nous apparaît fondamental pour offrir des soins de qualité, nous tentons de dégager des pistes de réflexion pour remettre la relation entre le soignant et le patient au centre du processus thérapeutique. Nous insistons particulièrement sur la place de la temporalité dans l'organisation des soins et sur la place de l'éthique dans la pratique soignante au quotidien.

mots clés : psychiatrie - organisation des soins - temporalité - éthique