

« A la recherche de l'Esprit des soins » Paris 13 Octobre 2013

Pascale de Ste Marie

Je tiens à remercier Gilles Catoire pour son observation, déjà par ce qu'elle nous ramène aux **origines**, aux origines de la vie autour d'une naissance, aux origines du soin (les soins de maternage si bien décrits par Winnicott sont bien les premiers soins que reçoit tout être qui vient au monde) et aussi aux origines des travaux de Paul Claude Racamier. Ce n'est pas par hasard qu'il s'est intéressé aux interactions mère-bébé dans les psychoses puerpérales et qu'il a défini le concept de maternalité(1961), bien avant d'élaborer le concept d'antioedipe à partir de l'observation des patients schizophrènes.(1975)

Mais par ailleurs ton observation ne m'a pas rendu la tâche facile pour centrer mon propos sur « l'esprit des soins » proprement dit.

En effet la tentation était grande de m'intéresser plutôt à la richesse du matériel clinique et à son contenu plutôt que de m'attacher à observer les soins mis en œuvre avec cette dyade mère-bébé et de réfléchir à leurs effets.

Finalement cette captation par le contenu de l'observation que j'ai vécue dans un premier temps ne m'a pas parue sans intérêt.

Parce que ces patients, si ils ont besoin de soins en institution, c'est bien parce qu'ils ne parviennent plus à contenir leurs angoisses et leurs pensées. Avec eux nous sommes souvent pris, captés pour ne pas dire fascinés par l'intensité du mal-être qu'ils nous donnent à voir et à ressentir, par leur tendance à « l'agir » (dans le sens du passage à l'acte) et au « faire agir » autour d'eux en bousculant nos cadres, et même nos cadres internes de pensée. Cette fascination n'est peut-être pas étrangère d'ailleurs à une bonne dose de séduction narcissique souvent à l'œuvre avec ces patients qui recherchent les relations à deux exclusives et sans partage.

L'expérience nous montre que, souvent, le plus important dans un premier temps est d'aménager l'espace, le temps, les règles et les repères qui vont permettre la rencontre avec le patient et l'entrée dans un processus de soin. PC Racamier insistait beaucoup sur le fait que le soin est **un processus** et que pour qu'il se déroule, il lui faut un **cadre**.

Ce cadre peut prendre des formes très diverses suivant les institutions.

Il s'organise en fonction des personnes accueillies et de l'objectif des soins. Il définit les capacités et les limites de l'institution. Il est comme sa carte d'identité, en quelque sorte. Mais au delà de cette diversité, je pense que PC Racamier nous a beaucoup apporté pour penser le cadre du soin et le rendre vivant quelque en soit sa forme.

Il est parti du cadre analytique qu'il a cherché à transposer pour l'adapter aux soins institutionnels des patients à la « psyché dis-contenue. »

Cette transposition, il l'a mise en forme et en action dans la Velotte de façon de plus en plus fine au fur et à mesure que se précisait sa théorisation sur l'antoedipe bien tempéré. Schématiquement, on peut dire que L'antoedipe pathologique furieux nous aide à comprendre les patients souffrant de psychose et de pathologies narcissiques graves, et que l'antoedipe bien tempéré lui, nous aide à organiser un cadre de soin adapté à leurs difficultés.

En effet, le cadre est foncièrement **ambigu**, à la fois espace de rencontre et espace de différenciation, il travaille sur les frontières comme le fait l'antoedipe bien tempéré , c'est une interface qui articule entre elles ce que PC Racamier a appelé **les complémentarités agissantes** : articulations par exemple

- entre le soi et le non soi (on n'échange pas ses cigarettes)
- entre le dedans le dehors (veiller à l'équilibre entre les activités internes et les activités extérieures)
- entre l'individuel et le collectif (équilibre entre les activités individuelles et les activités avec ou pour le groupe) (équilibre entre la prise en compte de chacun et la prise en compte de la qualité de vie ensemble)
- entre la sécurité et la responsabilité,
- entre l'enveloppe et l'ouverture,
- entre le discontinu et la permanence,
- entre le psychique et le pragmatique etc.

Cette dernière étant essentielle. P C Racamier insistait sur le fait qu'il n'est rien de psychique sans correspondance pragmatique, tout comme il n'est rien de pratique sans son fond psychique. C'est à partir de cette double affirmation que sont mises en forme les actions parlantes.

Ces complémentarités agissantes ont des applications concrètes dans la mise en œuvre du cadre et dans notre façon de penser le soin. Cela me fait penser aussi à tous les débats et les querelles qui ont pu avoir lieu entre l'inné et l'acquis, entre l'esprit et le corps,

entre le psychique et le somatique, dualismes qui ont la vie dure et qui infiltrent encore parfois certaines de nos pratiques. Ces dualismes entretiennent des clivages et des scissions qui peuvent être dévastateurs. Mais l'ambiguïté qui procède par double - affirmation nous en libère, elle ouvre un espace pour penser, une respiration de l'âme.

Le cadre est aussi fait de règles. Ces règles peuvent être des contraintes comme la contrainte des horaires, d'autres sont plus organisatrices des relations entre les personnes comme par exemple l'interdit des violences verbales et physiques, le respect du territoire de chacun, la libre circulation de la parole.

Il est important que ces règles soient clairement énoncées et qu'elles soient des repères, auquel chacun peut se référer, mais surtout qu'elles s'appliquent à toutes les parties en présence, aux soignants comme aux patients. Respecter cette **règle des règles** n'est pas le plus facile, mais elle est la meilleure garantie contre le risque de tyrannie tant de la part des patients que de la part des soignants et elle contribue à instaurer un climat de sécurité et de confiance.

Enfin, le cadre pour être opérant et vivant doit, avant tout, être investi par l'équipe médico soignante. Et c'est parce qu'il est pré-investi et proposé comme tel aux patients qu'ils vont à leur tour avoir la possibilité de l'investir en y inventant leur propre chemin. Je me souviens que lorsque j'étais jeune interne, je m'occupais d'un pavillon de patients dits chroniques. Ils étaient une trentaine. Il n'y avait pas de cadre de soin à proprement parler, si ce n'est une porte d'entrée fermée à clé. Les patients tournaient en rond dans ce pavillon. Il y avait un homme d'une quarantaine d'années qui était enfermé à clé dans sa chambre où il vivait nu, avec un matelas par terre, il mangeait avec ses doigts et était lavé au jet. Il ne supportait aucun contact et ne parlait pas. Je me demandais comment entrer en contact avec lui. J'avais fini par décider que j'irai tous les matins à 9h30 précise toquer discrètement au petit carreau inséré dans sa porte pour signaler ma présence et que je resterai 2mn derrière ce carreau, sans jamais entrer mais en restant visible.

Cela a duré un bon mois avant que je perçoive les premiers signes furtifs de sa part qui laissaient penser qu'il me guettait et m'attendait. Cela a été le début d'une rencontre qui a permis simplement de prendre soin de lui de façon un peu plus humaine, mais il a fallu des mois avant que je puisse entrer dans sa chambre, puis y introduire un tiers, puis l'aider à s'habiller etc. Intuitivement j'avais construit un cadre dans ma tête, ce cadre je l'avais fortement investi et proposé au patient sans du tout savoir ce que cela allait

donner, mais à son tour il l'a investi et c'est devenu un espace de rencontre, à partir duquel un processus de soin a pu s'engager.

Pour ma part, je ne cesse de découvrir les vertus du cadre, elles sont infinies.

Mais revenons à l'observation de Gilles Catoire.

Lorsque Maria, adressée par le pédiatre vient demander de l'aide, elle est prête à s'engouffrer tout de suite dans le Home. Malheureusement (ou heureusement ?) il n'y a pas de place. Il faut donc différer son entrée de quelques jours. Mais Gilles nous explique combien il est important d'avoir eu ces quelques jours, pendant lesquels Maria va faire la navette entre chez elle et le Home, pour que l'équipe ait le temps de s'organiser, de partager les informations recueillies et de mettre en place l'accueil du bébé et de sa mère de façon satisfaisante.

La question que je me suis posée et que je pose à Gilles Catoire est de savoir si l'admission aurait été différée de quelques jours même si une place avait été disponible ?

L'admission d'un nouveau patient est toujours l'occasion de se poser plein de questions, comment va-t-il entrer dans l'organisme de soins, comment s'y prendre avec lui, est-ce bien une indication par rapport à nos capacités de soins, est-ce qu'il a besoin d'une admission rapide ou au contraire faut-il lui laisser un peu de temps etc.

Les réponses ne sont jamais évidentes et peuvent rester incertaines mais l'essentiel n'est-il pas surtout d'y réfléchir et quand c'est possible en prenant le temps d'en parler ensemble en équipe, justement pour prendre un peu de recul et ne pas se laisser capter par les symptômes du patient.

Dans mon expérience de la Velotte, je n'ai jamais pris une décision d'admission seule. Nous sommes deux à rencontrer le patient pour la première fois, nous recevons ensuite les parents, puis les parents et le patient. Si une admission paraît envisageable, une journée de visite est proposée, ce qui permet au patient de découvrir les différents membres de l'équipe et les autres patients. Nous en reparlons ensuite en équipe et aussi avec les patients qui donnent leurs impressions sur cette journée de visite pendant la réunion de Groupe du vendredi suivant.

Quand nous revoyons le patient ensuite avec ses parents nous disposons d'un peu plus d'éléments pour envisager de prendre une décision avec eux et d'aboutir à un contrat de coopération entre le patient, l'équipe médico-soignante et ses parents.

Cela pose la question du temps et de la disponibilité, du temps que l'on se donne dans le travail en équipe pour parler ensemble et aussi de la liberté de la parole au sein de l'équipe et du groupe des patients, c'est-à-dire de la possibilité qui est donnée à chacun d'exprimer son avis, ses ressentis et même ses émotions sans qu'il soit du tout question d'avoir raison ou d'avoir tort.

Même si en dernier ressort c'est au médecin de prendre la responsabilité de la décision, cette façon de faire permet une approche en même temps personnalisée et concertée, qui positionne le patient comme **co-acteur** du processus de soins qui s'amorce. Parfois des situations qui se présentent comme urgentes, pressantes, dangereuses s'apaisent avec la mise en place d'un cadre de préadmission avec ses jalons et ses repères.

Pour en revenir à Maria, il a sûrement été important qu'elle rencontre une limite face à son omnipotence et à sa tendance à fonctionner en collage/rejet, dans le tout ou rien, prise dans des angoisses de séparation massives et incontrôlables. Elle a pu faire l'expérience que le Home était un lieu accueillant mais ayant des limites et ainsi se sentir ni captée, ni rejetée.

Il y a un autre moment de la cure de Maria où les limites du cadre viennent mettre au travail les angoisses de séparation de façon intéressante et féconde. C'est le moment du 3^{ème} Week end.

Le Home est fermé le week-end. Cela fait parti des limites incontournables du cadre. Nous ne savons pas comment se sont passés les deux premiers week-ends, sans doute pas trop mal puisqu'ils sont évoqués, sans que rien de saillant ne ressorte. Toujours est-il que à l'approche du 3^{ème} week end une crise prend forme. C'est comme une tornade qui se prépare, le ciel s'assombrit et devient menaçant. Gilles Catoire la nomme « Gestion de la menace meurtrière »

La plupart du temps les patients qui ont traversé des crises mal résolues, ou des crises qui ont été des accès à répétition plus que de véritables crises, vont à un moment donné les revivre dans le cadre du soin institutionnel et cela jusqu'à ce que la crise soit féconde et débouche sur un changement. Il ne faut donc pas s'étonner qu'elle survienne même si c'est souvent dans l'après coup que nous prenons la mesure de ce qu'elle a mis en jeu . Si

elle est suffisamment accompagnée, elle a des chances d'être féconde et de permettre un changement dans l'économie psychique du patient.

Il me semble que c'est ce à quoi nous assistons avec cette crise qui prend forme pendant la troisième semaine d'hospitalisation de Maria .

Nous savons que Maria avait déjà dû être hospitalisée pendant 3 semaines à l'adolescence pour des idées suicidaires, et que la crise qui a déclenché l'actuelle hospitalisation s'était accentuée avec l'éventualité pour Maria de reprendre son travail et d'être séparée de sa fille .

Dans le Home Maria a pu évoquer la violence extrême de son histoire familiale mais c'est au cours de la 3^{ème} semaine qu'une crise s'amorce quand elle insiste sur la violence actuelle de sa belle mère qui menace de se jeter dans la station d'épuration si elle ne voit pas sa petite fille. Maria fulmine. Elle fait venir son mari, elle veut qu'il rencontre le médecin, elle le coince dans un dilemme comme si il devait choisir entre sa mère et sa femme. En désespoir de cause, il se laisse prendre dans la tenaille du dilemme en affirmant qu'il serait prêt à ne plus revoir sa mère si il le faut. Mais Maria n'est pas d'accord, ce qu'elle veut c'est que son mari prenne conscience de sa dépendance par rapport à sa mère. En partant, le mari dit bien qu'il n'y comprend plus rien, que sa femme ne sait pas ce qu'elle veut, il sent bien que ça le dépasse.

Il me semble que Maria fait vivre là à son mari ce qu'elle même n'arrive pas à penser pour son propre compte. Sous ce dilemme qu'elle lui impose, Maria est elle même coincée, en lutte entre son désir de dépendance et son désir d'indépendance, elle est prise dans un conflit d'autonomie profond, insoluble et très complexe pour elle, vu son histoire familiale. Comment se dépendre d'une mère dont elle est le « bouche deuil », comment devenir mère à son tour sans être prise dans une aliénation à ce bébé dont elle ne peut se séparer, comment faire quand la naissance, la vie et la mort sont amalgamées ? C'est ce qu'elle remet en jeu dans cette crise à l'intérieur du Home : cela devient une question de vie ou de mort.

Elle parle de suicide de façon de plus en plus menaçante et inquiétante, alors que la séparation du Week end est là qui arrive. Cette fois ci c'est l'équipe du Home qui est prise dans le dilemme : la laisser rentrer chez elle ? Trop risqué, ça ne va pas.

L'hospitaliser ? ce serait possible mais Maria refuse d'être séparée de sa fille, donc ça ne va pas non plus. Comment faire ? Finalement on sollicite le mari qui accepte de veiller attentivement sur elle .

C'est intéressant de noter que la crise se négocie à propos des limites du cadre (le home est fermé le Week end) qu'elle mobilise du monde : les soignants, le médecin du Home, un médecin de l'Hôpital et le mari autour de la patiente, il y a discussion, concertation et finalement un accord peut être trouvé avec la participation active de la patiente et de son mari , qui sont là bien présents en tant que **co-acteurs** du soin.

Au retour de week end il semble qu'une petite ouverture se fait jour, que Maria est un peu plus attentive à la présence de son mari . Elle peut se mettre à pleurer, en se rendant compte qu'elle le fait souffrir. Il y a un léger changement de ton.

Une étape à été franchie. Un espace s'est ouvert .

C'est une bonne illustration du cadre rendu vivant et opérant par l'investissement des soignants qui sont garants de la qualité des soins. Ce n'est pas parce qu'ils ne sont plus de service pendant le Week End qu'ils vont expédier la patiente à l'hôpital ou la laisser rentrer chez elle sans se soucier de sa sécurité.

Par cette prise de décision, les difficultés de la patiente sont reconnues et qualifiées : en effet tout le monde s'inquiète pour elle et à juste titre. Ses capacités aussi sont qualifiées en même temps que celles de son mari. L'équipe les sent capables, même si c'est avec quelques craintes, d'être responsables ensemble de la sécurité de Maria et de Lila.

Cette **double qualification** n'est peut être pas étrangère à l'ouverture qui se produit chez Maria.

Juste un mot avant de terminer sur le départ de Maria . Gilles Catoire nous dit que les avis dans l'équipe restaient partagés au sujet de la relation de la mère à son bébé.

Je pense qu'il serait intéressant d'échanger dans la discussion sur l'importance d'avoir la possibilité dans le travail en équipe d'exprimer des avis, des impressions opposées voire contradictoires en toute liberté comme on l'observe au sein de l'équipe du Home. (et comme on l'observe au sein d'une psyché ambivalente et ambiguë)

Il y aurait encore beaucoup à dire sur l'esprit des soins... Pour terminer je laisse la parole à Paul Claude Racamier :

*« cet esprit, c'est avant tout de l'intérêt pour la vie psychique alliée à une **attention** pragmatique sans faille ; de la clairvoyance alliée à de la méthode ; du courage pour regarder dans la psyché des patients ainsi que dans la sienne propre ; un souci de recherche alliée au goût pour le plaisir du travail en commun. »*

