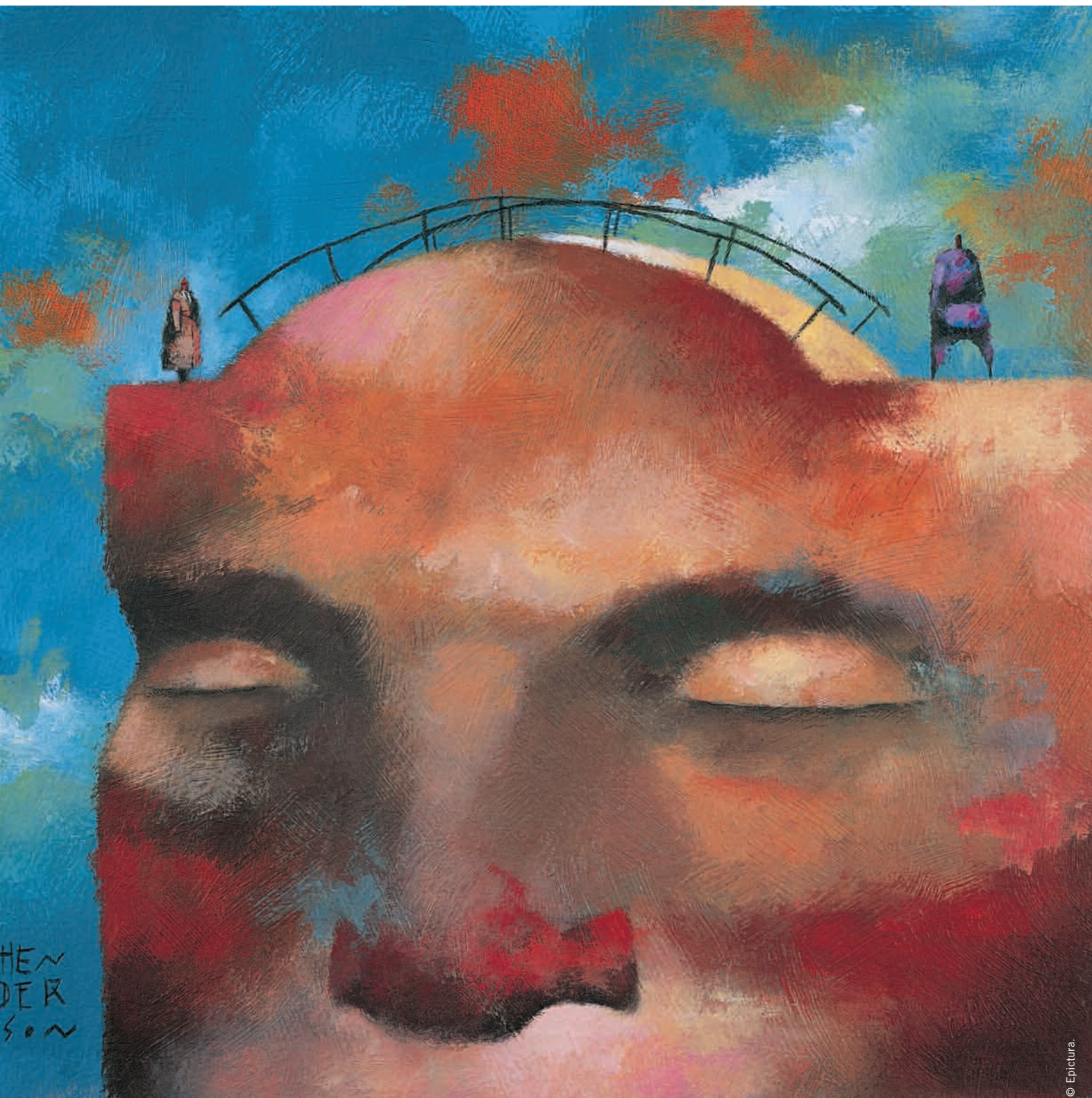


La bureaucratie, menace



sur les soins infirmiers

Déseparés face aux manifestations psychopathologiques des patients, les infirmiers se réfugient parfois derrière les tâches administratives et les outils. Pourtant, ce qui soigne, c'est la relation. Aux soignants d'assumer leur fonction psychothérapeutique !

Il n'y a qu'une seule façon de soigner en psychiatrie : c'est en consacrant du temps aux malades. Cela ressemble à une lapaissade. Et pourtant, aujourd'hui, tout concourt à neutraliser ce qui est au cœur du soin psychique : la relation, la rencontre authentique.

Ces dernières décennies, la psychiatrie n'a cessé pourtant de s'humaniser. Apparues dans les années 1950, les traitements psychotropes ont permis d'apaiser en grande partie les symptômes et d'envisager une psychothérapie et une réinsertion pour la plupart des malades. Les structures d'accueil ambulatoires sectorisées (hôpitaux de jour, centres de consultation...) se sont développées pour accompagner les malades au-delà du temps de l'hospitalisation et assurer ainsi la continuité des soins psychiatriques. Les vieux asiles insalubres ont progressivement été abandonnés au profit de locaux confortables et dignes, où les dortoirs ont laissé place à des chambres souvent individuelles. Certaines méthodes « thérapeutiques » inefficaces et inhumaines ne sont plus pratiquées. Les malades et leurs familles ont acquis des droits et une place dans l'organisation des soins par l'intermédiaire des associations d'usagers. Reste qu'en psychiatrie (comme d'ailleurs en prison), la modernisation va souvent de pair avec une diminution des

contacts humains. Dans les pavillons, patients et soignants sont de plus en plus séparés les uns des autres. Témoin le bureau infirmier, qui ressemble parfois à une tour de contrôle, avec ses ordinateurs, ses interphones, ses caméras de surveillance, et sa vision panoramique entièrement vitrée. Car la lame de fond de la bureaucratie et de la logique gestionnaire est en train de déferler sur le soin.

La psychiatrie n'est donc pas épargnée par les enjeux politiques de modernisation et d'optimisation qui touchent la santé. Les hôpitaux, à l'instar des entreprises, se dotent de qualificateurs chargés d'évaluer la conformité de l'établissement à une série de normes, et de rédiger des programmes d'amélioration. Tous les quatre ans, les établissements se soumettent à la certification de la Haute autorité de santé (HAS), véritable obsession des directions d'établissement de santé. Cette bureaucratisation est portée par des objectifs à la fois sécuritaires (pour les patients, pour les soignants, pour la société) et budgétaires. Mais elle agit souvent au mépris de la réalité de la souffrance psychique accueillie à l'hôpital, et parfois en contradiction avec elle.

La psychiatrie moderne, sous prétexte de réhabiliter à tout prix les malades mentaux, s'est débarrassée des asiles, ces lieux d'accueil inconditionnel de la folie. À l'hôpital, les patients ne sont plus tranquilles nulle part. Où qu'ils soient, ils sont toujours en transit : « *L'hôpital n'est pas un lieu de vie mais un lieu de soin !* » (autrement dit : « *Vous n'êtes pas ici chez vous !* »). Les pavillons dits d'admission ne doivent pas être « engorgés » (*sic*) par les malades chroniques ; ceux-ci sont donc « mutés » dans des

pavillons dits de seconde intention, où l'on construit et met en œuvre un projet de sortie (vers un foyer, le plus souvent). Pas question de s'installer, de prendre racine. On rappelle sans cesse aux patients qu'ils vont partir, qu'on attend que se réalise leur projet, et d'ici là, on leur aménage des « *séjours de rupture* » (pour rompre avec quoi ? avec qui ?).

Pourtant, n'en déplaise au courant anti-psychiatrique, il y aura toujours une frange de malades (heureusement infime) qui ne peut vivre qu'à l'asile. Pour l'heure, ceux-là passent leur vie en transit, véritables sans domicile fixe de la psychiatrie : après des années à l'hôpital, dans une chambre impersonnelle (ce n'est pas chez eux), ils partent vers un foyer (foyer occupationnel, Foyer d'accueil médicalisé [FAM], Maison d'accueil spécialisée [MAS], maison de retraite pour les plus âgés), puis reviennent régulièrement à l'hôpital, car ces institutions dites médico-sociales ne tolèrent leur folie qu'à petite dose.

LA BUREAUCRATIE COMME REMPART

En psychiatrie, le temps passé par les infirmiers auprès des malades est devenu dérisoire. Aussi étonnant que cela puisse paraître, la journée d'une équipe de soin est envahie par des tâches administratives et logistiques qui n'ont rien à voir avec le soin : la gestion du dossier médical informatisé, la préparation des médicaments, les formalités d'entrée et de sortie, l'accès des patients à leurs effets personnels (argent, cigarettes, téléphone portable...), l'ouverture et la fermeture des chambres, des portes du pavillon, les échanges téléphoniques incessants pour des prises de rendez-vous ou la résolution de problèmes administratifs... Par ailleurs, la pénurie

Florent POUPART

Psychologue clinicien, docteur en psychopathologie clinique, secteur de psychiatrie adulte et intersecteur de réhabilitation psychosociale, CHS Thuir (66).

de personnel et de lits d'hospitalisation amène les soignants à perdre un temps considérable pour résoudre des problèmes de planning, assurer la continuité des soins et libérer des lits dans l'urgence pour accueillir les malades entrants.

Derrière cette bureaucratisation forcée du travail infirmier, il faut admettre, outre le poids de la logique gestionnaire, la responsabilité des soignants eux-mêmes. Leur engagement immodéré dans les tâches administratives traduit aussi leur difficulté à entrer en contact avec les malades. L'ordinateur, le téléphone, les documents administratifs, sont autant de paravents derrière lesquels se cachent les soignants, désemparés face aux manifestations psychopathologiques des malades. Ne sachant quelle attitude adopter face au délire, à la bizarrerie, aux demandes incessantes, à l'apragmatisme, à l'ambivalence, à l'autisme, à la froideur, à l'indifférence affective, au vide psychique, à l'incohérence, à l'agressivité, la seule réponse est souvent le cadre, au sens étroit d'un « recadrage », d'un règlement intérieur, en vertu duquel on exerce une autorité. Bref, les soignants deviennent rééducateurs, surveillants, avec souvent un sentiment amer d'inutilité. Dans un tel contexte, face à l'ingratitude des troubles psychiatriques et au manque cruel de formation en soin relationnel, les tâches bureaucratiques apparaissent comme un refuge rassurant. Certes, elles sont ennuyeuses, mais infiniment plus familières que l'étrangeté des malades. Elles fournissent par ailleurs une contenance, un sentiment d'utilité. La bureaucratie trouve ainsi chez les soignants eux-mêmes son meilleur soutien : les infirmiers s'en emparent pour dissimuler leur embarras et leur impuissance face à la folie. Autrement dit, la bureaucratie, comme d'ailleurs la réhabilitation psychosociale (et son cortège d'outils de rééducation cognitive et sociale), apparaissent comme les cache-misère du déficit de formation en psychopathologie des jeunes soignants en psychiatrie (infirmiers et médecins).

La réunion clinique, prévue pour être un temps de réflexion, de concertation, de remise en question des pratiques, d'expression du vécu de chacun, n'a plus de clinique que le nom. Elle se résume le plus souvent à un « staff », un moment d'échange d'informations purement pratiques et de prise de décisions concrètes. Ce temps, qui devrait être un havre, un espace protégé, sécurisant, à distance de l'émulation du

pavillon, est entrecoupé par les sonneries du téléphone, les entrées et sorties incessantes des membres de l'équipe, ou encore les sollicitations des patients... Ce lieu, que l'on voudrait contenant, pour que puisse se déployer une élaboration théorico-clinique, est ouvert à tous les vents, et rien d'authentique n'y est dit ni pensé. Ce temps, que l'on voudrait sacré, est sacrifié sur l'autel du pragmatisme et de l'imédiateté. Il n'y est question que de changements de traitements, de démarches sociales, de certificats médicaux, de mutation de patients, de gestion du nombre de lits disponibles... et l'on n'y parle pas de l'essentiel : le vécu des malades, le ressenti des soignants, et les vicissitudes de la relation thérapeutique qu'ils entretiennent.

Mais le poids de la bureaucratie se traduit aussi de façon moins flagrante, et plus insidieuse, lorsqu'il s'agit pour les soignants d'aller à la rencontre des malades.

THÉRAPEUTIQUE OU OCCUPATIONNEL ?

L'activité est-elle thérapeutique ou occupationnelle ? Cette question résume bien la subversion du soin psychiatrique par la bureaucratie. En laissant penser que certaines activités sont thérapeutiques et d'autres non, le discours bureaucratique (relayé, c'est là le problème, par les soignants, et notamment les cadres de santé) insinue que ce qui soigne, c'est l'activité elle-même. C'est une grave erreur : l'activité n'est qu'un support. C'est un médiateur, un tiers qui rend la rencontre possible, un cadre au sein duquel la relation peut se déployer. N'oublions pas que la psychiatrie a vocation à accueillir des patients psychotiques pour la plupart, pour lesquels le contact direct, la rencontre d'elle, immédiate (c'est-à-dire sans médiation), peut réveiller des angoisses de confusion, de dissociation, d'effondrement, de mort, de persécution, d'envahissement... Le soin en psychiatrie pourrait donc se résumer à inventer des cadres où rencontrer les malades devient possible.

L'infirmier qui souhaite passer du temps auprès des malades autour d'une activité, se heurte donc à la résistance de l'administration hospitalière contre toute forme de spontanéité, à laquelle elle oppose son obsession du contrôle et de l'évaluation. Il va devoir démontrer que son activité est utile, sérieuse, efficace, voire même que ses effets sont mesurables. On lui demande de rédiger une fiche d'activité, dans laquelle il liste (de façon parfaitement

artificielle) les effets thérapeutiques attendus de l'atelier. Si par exemple il envisage de jardiner avec des patients, il mettra en avant les bénéfices de cette activité en termes de socialisation, de motricité fine, de confiance en soi, ou encore de connaissance des légumes du potager. Les bureaucrates sont rassurés : ils ont l'assurance qu'ils ne vont pas jeter l'argent par les fenêtres, et le budget est débloqué pour acheter un râteau et des plants de tomates. Si l'on ajoute à cela le temps perdu (qui se compte souvent en semaines), entre l'envie de proposer un atelier et sa mise en œuvre, on comprend le découragement des équipes de soin à rencontrer simplement les malades. C'est ainsi que l'apragmatisme des patients et l'inertie de l'institution semblent se répondre, dans une complicité mortifère, contre la vitalité indispensable au soin psychique.

Loin d'être intrinsèque à l'activité, le potentiel thérapeutique d'un atelier réside donc dans la relation qui s'instaure entre le patient et le soignant, dans la posture soignante, dans le « cadre psychothérapeutique » qui accueille la rencontre, au sens le plus large du terme : un ensemble de repères contenant et différenciateurs, qui définissent la place et la fonction de chacun. La logique gestionnaire n'a hélas que faire de ces considérations, puisque rien de tout cela ne peut être mesuré, quantifié, et ne constitue donc pas un « acte » dont le coût puisse être évalué, contrairement à l'activité, qui est palpable, et donc « cotable » (1). Vues sous cet angle, les seules activités présentant des effets sur les malades, indépendamment de la relation, sont celles de la réhabilitation psychosociale. Or, elles visent, non pas la psychose, mais le handicap d'origine psychique, qui en est la séquelle. Ce n'est donc pas de soin dont il s'agit, mais de rééducation. Par conséquent, la démarche de réhabilitation, de réadaptation, répond particulièrement bien aux exigences gestionnaires et c'est pourquoi elle prend de plus en plus de place dans les pratiques soignantes en psychiatrie. La réhabilitation, qui devrait compléter le soin, tend en réalité à s'y substituer.

LA MENACE TOTALITAIRE

Considérer la posture soignante comme un levier thérapeutique implique de s'interroger au quotidien sur le vécu des patients, sur son propre ressenti de soignant, sur les enjeux de la relation thérapeutique

pour les patients, sur le poids de l'institution, sur la tentation de la séduction à laquelle personne n'échappe (vouloir plaire aux malades) et sur les dangers de celle-ci, sur la nécessité de disposer de repères psychopathologiques, mais aussi de les remettre en question. C'est à cela que doit servir la réunion clinique.

Ce travail constant de réflexion et d'introspection vise aussi à limiter le risque de dérive totalitaire du système soignant, jamais à l'abri de la tentation de la toute-puissance, sous couvert des meilleures intentions dont, comme dit le proverbe, l'enfer est pavé.

Le totalitarisme naît de la croyance aveugle en un idéal, la conviction de savoir ce qui est bon pour l'homme et de chercher à l'y amener par tous les moyens, même malgré lui. La vulnérabilité des patients, parfois privés de leur liberté (régimes d'hospitalisations sous contrainte), de certains de leurs droits civiques (mesures de protection), et souvent diminués par la maladie et les traitements, fait d'eux une proie idéale pour cette tentation totalitaire ordinaire (comme on parle d'un racisme ordinaire). Gardons-nous donc de trop savoir pour les malades ce qui est bon pour eux ; gardons-nous de trop vouloir les soigner, les réhabiliter, les réinsérer. Méfions-nous des projets de soin, des projets de vie, des projets de sortie, dont regorge le discours soignant, pour le plus grand bonheur de la bureaucratie (qui y voit une dimension à évaluer, une raison d'être pour ses dépenses, une promesse d'efficacité et de rentabilité). Les incessants projets que l'on fantasme, que l'on construit, que l'on rédige, que l'on valide, que l'on évalue et réévalue, visent avant tout à réaliser par procuration nos propres désirs, nos propres idéaux (vivre en appartement, fonder une famille, travailler...), au détriment et au mépris de ceux des patients. De tels projets soignent surtout notre narcissisme de soignant, blessé par le constat de notre impuissance à guérir la folie, c'est-à-dire à faire de l'autre quelqu'un comme moi (chacun projetant ce qu'il veut sur ce comme moi).

Faute de considérer cette fonction réparatrice du projet pour les équipes elles-mêmes, celui-ci risque de n'être qu'une forme à peine dissimulée de violence adressée au patient, que l'on voudrait faire entrer aux forceps dans notre vision de la vie idéale. Au contraire, le projet peut et doit être une dialectique, c'est-à-dire une mise en lien, une ouverture, un mouvement de vie, une invitation à prendre la tangente (c'est-à-dire à échapper à l'inertie, à la répétition mortifère, à l'autisme) ; il lui faut pour cela n'être pas porté uniquement par l'angoisse des soignants face à la condition de leurs patients.

D'une façon générale, méfions-nous de nos convictions, qu'elles soient d'ordre clinique ou théorique, dans nos domaines (la psychiatrie, la psychologie, la psychopathologie, la psychothérapie...) particulièrement propices aux dogmatismes.

INFIRMIERS, FAITES DU MACRAMÉ !

J'ai pu constater aussi bien dans le service de psychiatrie qu'au sein de l'Institut de formation en soins infirmiers où j'exerce que les mieux placés pour soigner la psychose, les infirmiers, sont aussi les moins disposés à le faire. Et ce pour trois raisons :

- ils manquent de formation en psychiatrie, surtout depuis 1992 et la disparition de la formation d'infirmier de secteur psychiatrique ;
- ils ne pensent pas que l'on puisse soigner la psychose. Dès leurs premiers stages en psychiatrie, on les persuade que le mieux que l'on puisse faire pour les malades mentaux, c'est de les autonomiser et de les convaincre de prendre leur traitement ;
- ils ne croient pas en leur propre fonction psychothérapique. Ils s'imaginent qu'ils n'en ont pas la légitimité et renoncent devant l'idée qu'ils se font de l'acquisition des compétences nécessaires, considérant que la psychothérapie est le domaine réservé des psychiatres et des psychologues.

Contre ces préjugés, j'invite ces soignants à assumer leur rôle de psychothérapeute et les responsabilités qui y sont associées. Le traitement de la psychose ne passe que par une

attention particulière portée à la relation entretenue avec le malade en continu autour des échanges du quotidien. C'est pourquoi une psychothérapie de la psychose n'est possible qu'avec les infirmiers. Face aux malades et à leur étrangeté, les soignants ont moins besoin d'outils (la réhabilitation, aidée en cela par les laboratoires pharmaceutiques, n'en fournit que trop) que de principes directeurs. Ils sont simples : rencontrer authentiquement les malades, entendre et respecter leur vécu, et porter une attention à sa propre subjectivité de soignant et à l'influence qu'elle opère sur la relation thérapeutique. Cela demande une connaissance théorique de la psychose (que les études d'infirmiers ne permettent pas aujourd'hui, faute d'un volume horaire suffisant), et une capacité d'introspection, de regard sur ses propres mouvements psychiques. Il nous faut être attentifs à l'ambiance institutionnelle, qui doit être faite de bienveillance, d'empathie, d'écoute authentique, que ce soit vis-à-vis des malades ou de l'équipe soignante. Ce climat est la responsabilité de tous, pas seulement d'une politique de santé ou d'une direction d'hôpital. Il relève de notre fonction psychothérapique à tous de veiller, au quotidien, à instaurer et entretenir cette ambiance, fût-ce à l'échelle d'un pavillon, d'un atelier, d'une réunion, d'un échange. Proposez aux malades d'écouter de la musique avec eux, de jouer aux dames, de planter des tomates, de balayer le pavillon, de faire du macramé même ! (ceux qui, planqués dans le bureau de soin, se moqueront de vous, font fausse route), cela n'a aucune importance : il ne s'agit que d'un prétexte pour les rencontrer. En psychiatrie, quelle que soit l'activité proposée au malade, ce que l'on fabrique avec lui, c'est une ambiance, car c'est elle qui soigne.

1- Certains rétorqueront que la Tarification à l'activité (T2A), à l'œuvre dans les services de médecine somatique, n'a pas cours en psychiatrie. Il n'empêche que cette méthode de financement de l'hôpital a indéniablement déteint sur le rapport au soin, et ce jusqu'en psychiatrie.

Résumé : La psychiatrie, comme les autres secteurs de l'hôpital, est envahie par des logiques budgétaires et de rentabilité. Or le soin psychique ne peut s'accommoder de telles exigences puisqu'il nécessite avant tout des éléments peu quantifiables : 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. Les infirmiers eux-mêmes, parfois insuffisamment formés et soutenus, redoutent la relation avec les patients et se réfugient alors derrière le rempart des activités administratives ou celui des outils. L'auteur les incite au contraire à assumer leur fonction psychothérapique et à participer à établir dans l'institution une ambiance qui soutienne la rencontre.

Mots-clés : Bureaucratisme – Gestion – Infirmier – Norme – Psychose – Relation soignant soigné – Soin psychiatrique – Souffrance psychique – Temporalité psychique – Temps.