

RÉFLEXIONS
SUR DEUX MOIS
D'OBSERVATION
EN MILIEU
PSYCHIATRIQUE

par Danielle Sabourin

INTRODUCTION

*« Vous êtes des fonctionnaires et nous sommes des lâches.
Nous trouverons toujours à nous arranger ».*
(Malade et anonyme)

Nous retraçons ici la tentative d'observation qui fut la nôtre durant quelques semaines, à l'écoute d'un collectif de soins.

Ecrire une monographie, en percevoir les trames méthodologiques, aurait volontiers constitué notre propos, mais la réalité veut qu'il n'en reste ici qu'une esquisse.

La limitation apportée à notre temps d'étude ne saurait se justifier de la seule nécessité de rédiger un mémoire en vue d'une thèse en médecine, elle tend aussi à cerner un moment singulier de la vie du collectif.

Cette séquence de deux mois correspond en fait à la mise en pratique d'un nouveau mode de fonctionnement de l'hôpital de Jour, dans le cadre duquel se situe notre travail : l'instauration de groupes quotidiens, son effet de coupure, d'inattendu par où surgit le sens, vint créer comme un plan privilégié de lecture.

Ce n'est donc là qu'un artifice optique soulignant notre difficulté à saisir les émergences signifiantes dans les multiples figures du non-sens où vient se traduire le discours inconscient du collectif.

Un atelier, une réunion de journal, aurait tout aussi valablement pu être lieu et temps de cette écoute, aussi précisons-nous que si étude de groupe il y a, ce n'est point étude de dynamique de groupe ni option pour cette méthode.

Car si les réunions sont un temps nécessaire à l'incessant remaniement de la texture relationnelle, elles peuvent aussi en devenir lieu privilégié de sclérose.

Nous aimerions indiquer ce qui, dans le milieu de soin qui est le nôtre, nous a semblé constituer des plages sensibles, des lieux d'opacité où pressentir la formulation de la structure fantasmatique du collectif et où trouver la marque de sa singularité historique et économique.

Est-ce à dire que dans le « champ institutionnel » le matériel inconscient puisse être repris et éclairé en référence au concept freudien de réalité psychique ? Une telle option aurait-elle une vertu de révélateur au niveau de la réalité politique qu'elle dévoile et rend sensible ?

Etre à l'écoute de l'inconscient ne serait-ce pas d'une certaine façon se situer face à la structure socio-économique dont l'incidence vient infléchir les formulations de la maladie ?

LE COLLECTIF

L'hôpital de Jour est une création d'une association régie par la loi de 1901 dont le propos est de promouvoir des organismes d'assistance aux malades mentaux.

Préciser l'origine de ce mouvement nous semble de quelque intérêt pour l'approche ultérieure de notre travail.

Il naquit en effet, de l'initiative de quelques-uns, au sein du milieu hospitalier traditionnel, lors de la contestation théorique et politique suscitée par ce qui fut appelé la « révolution psychiatrique » des années 45.

La création d'une telle association devait permettre d'échapper à l'oppression administrative des asiles et de réaliser des organismes de soins tels qu'en leur pratique quotidienne les soignants ne pouvaient que les rêver.

L'hôpital de Jour, fondé en 1962, se trouve situé dans un bâtiment urbain qui abrite également un centre de recherches, une consultation de psychopathologie du travail et un département de médecine psycho-somatique.

L'unité de soins proprement dite est conçue pour recevoir cent vingt malades en hospitalisation de jour mi-temps ou plein temps, l'établissement leur étant ouvert de neuf à dix-sept heures, sauf le dimanche et les jours fériés.

L'ensemble du personnel regroupe soixante-dix membres dont l'activité assure le fonctionnement de l'hôpital, ainsi que des différents organismes adjoints.

Le conseil d'administration de l'association a fonction d'employeur et nomme deux directeurs, un médical et un administratif qui, à ses yeux, sont les seuls interlocuteurs habilités à rendre compte de la marche de l'établissement.

Une convention passée avec la sécurité sociale prévoit un prix de journée forfaitaire dont le montant fait l'objet d'une réévaluation annuelle lors de l'étude du budget.

Le groupe des malades est mixte, d'une moyenne d'âge généralement jeune : de 25 à 30 ans.

Le diagnostic psychiatrique établi à l'entrée est celui de psychose pour 80 % d'entre eux, ce qui signifie souvent une carrière hospitalière antérieure.

Dès son entrée, chaque malade est confié à un médecin et une infirmière ; un emploi du temps lui est proposé tendant à répartir les moments de la journée entre les activités ergothérapeutiques, sportives et culturelles.

L'organisation de ce champ du collectif reste le fait des moniteurs qui en soumettent l'orientation générale aux malades lors de réunions hebdomadaires dites « d'atelier » et de « loisir ».

Il est à noter que l'autonomie budgétaire de ce secteur d'activités reste imprécise et que le problème de circulation d'argent ne semble s'être jamais constitué en lieu d'échanges et de paroles.

Très rapidement, nous tenterons de préciser quelles étaient les attributions des différentes corporations du personnel, avant que ne soit mis en exercice le nouveau mode de fonctionnement du collectif : les groupes quotidiens.

Les infirmières se voient attribuer « la charge » d'une quinzaine de malades.

Ce seul propos vient indiquer l'ambiguïté de leur rôle, car il s'agit de savoir où sont les malades, ce qu'ils font, s'ils prennent leur traitement, si leur absence est motivée, si leur famille en est avertie.

« Avoir la charge » c'est donc répondre de tous les moments de la vie, répondre de l'existence même et, lorsqu'il s'agit de malades : du non-suicide.

Aussi, la présence des infirmières est-elle constante et centrée sur la pathologie et la relation individuelle : différente en cela de celles des moniteurs dont le terrain d'action est souvent l'extérieur : piscine - stade - cinéma... dans une perspective de vie normative et de groupe.

Les médecins sont au nombre de vingt-quatre, dix sont plus précisément attachés à l'hôpital de Jour mais tendent à centrer leur activité sur la relation duelle, plus que sur la vie du collectif et son analyse.

Les infirmières sont donc leurs interlocutrices privilégiées, elles leur demandent de « voir » les malades.

Cette adresse nous semble contenir un sens tout à fait singulier car elle souligne la place que vient occuper le malade comme objet de prestation dans la relation infirmière - médecin, non encore suffisamment élucidée.

« Voir », ce peut être, suivant le patient ou le thérapeute, une psychothérapie orthodoxe, une poignée de main, un réajustement du traitement médicamenteux.

Mais au-delà des avatars de cette relation se profile la toute-puissance du regard médical, qui permet à l'infirmière de réinvestir le malade, élément figuré de son sentiment d'échec et qu'elle donne à « voir ».

Nous remarquerons que ce mode singulier de rapport à la pathologie n'est le fait ni des psychologues, ni des assistantes sociales dont les champs restent indépendants de celui du médecin.

Plus loin, nous étudierons le rôle central joué par le personnel attaché à la cuisine et à l'entretien.

Les secrétaires médicales constituent, au moment de l'élaboration de cette étude, comme un « point chaud » conflictuel du collectif : un symptôme.

Nous savons que la propriété d'un tel phénomène est de se déplacer continuellement sous les tentatives de réduction, sa fonction étant celle d'abcès de fixation du non-dit institutionnel.

Situées à l'articulation entre secteurs médical et administratif, les secrétaires sont tenues de rendre compte à celui-ci du fonctionnement de celui-là.

Etant donné l'invulnérabilité du personnage médical dont la pratique est difficilement contestée par le secteur de gestion, ce sont les secrétaires qui supportent le poids de la tension hiérarchique et de ses déplacements.

Nous ne voudrions que pointer ici un trait qui nous semble particulier à ce collectif.

Le dépistage et le traitement des troubles somatiques sont le fait d'un consultant spécialisé en médecine générale.

Le corps malade se trouve ainsi être l'objet de soins de qualité, mais tend à perdre la valeur de médiation qu'il possède dans le cadre hospitalier traditionnel où le premier temps d'investigation clinique est le fait du psychiatre qui y reconnaît souvent un message verbalement informulé.

Nous soulignerons à nouveau que ces quelques considérations n'ont de valeur qu'en ce qu'elles permettent de définir le cadre dans lequel s'inscrit notre étude. Cette visée partielle rend compte de leur incomplétude.

Notre observation portant sur un temps délimité, nous tenterons de le replacer dans le contexte historique dont il est issu et de préciser les conditions d'instauration de ce nouveau mode de prise en charge : les groupes quotidiens.

Ce sont les événements du mois de mai 1968 et leurs effets de vérité qui permirent au collectif d'accéder à une parole nouvelle où se redécouvrir et tenter de cerner ses redites et ses manques.

Cette période révolutionnaire eut généralement dans tout milieu institutionnel, un impact comparable à celui d'un dévoilement des éléments préconscients.

Par exemple, les règlements de la loi de 1901 précisent que dans les établissements qu'ils régissent il ne doit être débattu ni de politique ni de religion.

En effet, il n'est guère possible d'interdire de parler de sexualité ou de mort et le tabou politique s'avère suffisant à occulter l'ensemble de ces valeurs fondamentales.

Le mouvement de mai, dans son exigence de redistribution du pouvoir et du savoir remit en circulation les concepts politiques et vint ainsi démasquer ceux de sexe et de mort. Le collectif put alors tenter de se resituer par rapport à ces axes dans un mouvement de dépassement de ses contradictions et de ses mythes.

C'est ainsi qu'à l'hôpital de Jour ce « retour du savoir refoulé » donna sens à ce que cinq années de pratique avaient inscrit dans l'expérience de chacun : un relief apparut qui allait rendre compte des lieux d'échanges et de ceux d'opacité.

La demande thérapeutique sembla alors se cristalliser sous la forme d'un projet de groupes quotidiens où pourrait être repris le sens de « l'agi » et du « dit » qui tendait à se perdre dans l'institution.

Une telle démarche se justifiait de l'existence manifeste d'un morcellement des prises en charge ; ce fait avait été maintes fois constaté et dénoncé lors des réunions hebdomadaires qui regroupent l'ensemble des soignants.

Non tant celle des moniteurs, cette demande de cohérence semblait être celle des infirmières et des médecins. Leur pratique étant inscrite dans un cadre essentiellement duel, elle pouvait se constituer en mécanisme de protection contre la remise en cause inhérente à tout groupe.

Le mouvement de mai semble, en ce sens, avoir permis un renoncement commun à certains bénéfices secondaires inconscients et en particulier à ce que le savoir exercé sans le contrôle d'autrui peut avoir de défensif à l'égard de nos propres élaborations narcissiques.

Mais dans le cas particulier de l'hôpital de Jour, le choix de cette nouvelle forme d'organisation s'inscrivait aussi dans un travail de deuil.

Il correspondait, en effet, au départ d'un médecin qui avait joué durant trois ans un rôle de référence tout à fait prévalent et dont la formation analytique avait infléchi la pensée institutionnelle vers des formes plus rigoureuses que celles auxquelles elle semblait portée.

Ce personnage très investi, repartait dans son pays d'origine, non sans avoir clairement manifesté son vœu de voir le collectif s'engager dans de nouvelles formes de pratique et avoir contribué à la mise en place des groupes quotidiens qui prenaient de ce fait un caractère de réalisation testamentaire.

La disparition de celui qui, inlassablement avait souligné les résistances, semblait permettre à celles-ci de se dissoudre.

Il s'agissait donc de créer des unités permettant une appréhension plus aisée de l'ensemble soignant-soigné en scindant en quatre la masse trop importante qu'il constituait et où tendait à s'effriter toute tentative d'élucidation.

Il semblait qu'ainsi pouvaient prendre sens et être dépassées les multiples conduites d'évitement du fait pathologique auxquelles s'adonnaient soignants et soignés.

La présence simultanée et quotidienne des malades — infirmières - moniteurs - médecins — devait restituer aux relations un cadre structural fondé sur des oppositions différentielles constamment élucidées.

Les malades devaient y trouver un lieu de parole où s'inscrire dans la trame relationnelle et sa mouvance, réexpérimentant leurs propres modes d'investissement au travers des discussions, informations et avatars

de la vie du collectif qui ne viennent là que comme support d'un discours dont le sens est ailleurs.

Ainsi les réunions devenaient-elles garant d'une certaine vigilance quant à la continuité des échanges et la souplesse du contexte.

Et les soignants voyaient dans cette praxis une ouverture sur un savoir commun qu'une réévaluation quotidienne devait soustraire à l'obscurantisme coutumier du pouvoir médical.

Le mouvement de mai en libérant la parole dans une exigence de création et de vérité semblait avoir indiqué un au-delà des stéréotypes et des écrans où le collectif trouvait à se réinventer en de nouvelles formes.

L'écriture de ce travail ne procède pas d'un plan traditionnel de démonstration et de linéarité.

Elle est le reflet de notre démarche d'observation qui, limitée à une séquence de deux mois, se fonda sur l'ensemble des faits et dires qu'il nous fut donné de recueillir au niveau du collectif.

Les thèmes analysés sont ceux qui se signalèrent à notre attention par les résonances multiples qu'ils semblaient entretenir aux différents registres de l'institution :

— individuel-collectif, soignant-soigné, manifeste-latent, politique et hôtelier, etc...

Dans un premier temps, nous nous situons à la période précédant la mise en pratique des groupes, moment de mutation structurale du collectif, où l'intensité pulsionnelle trouva deux modes singuliers de formulation :

— pour les soignants, « comment va s'opérer le choix des participants au groupe ? » ;

— pour les malades, « qu'en est-il du devenir de nos dossiers ? ».

Ceci constitue la matière de nos deux premiers chapitres.

Dans un second temps, notre analyse s'appuie sur le discours quotidien des quatre groupes, réunis simultanément chaque matin et comprenant environ trente malades et douze soignants.

L'absence de sujet de discussion préétabli rend plus sensible l'insistance du thème du travail dont nous tenterons de dégager les multiples significations ainsi que la fonction de résistance tant au niveau des malades qu'au niveau des soignants.

Cet abord s'articule sous différents angles qui constituent les sept derniers chapitres de cette étude.