

« ILLUSTRATION CLINIQUE DE LA PLACE DE L'INFORMEL DANS L'ACCEUIL »

Jean-Paul Lanquetin

ISP, Praticien chercheur en soins infirmiers, CH de Saint-Cyr au Mont d'Or(69)

Journées d'étude et de réflexion CGT des 16 et 17 mars 2017

Nous prendrons appui sur le parcours de Remi pour déployer les différentes dimensions et conditions d'un accueil favorable prédisposant à une possible rencontre. Au-delà de cette illustration, nous mobiliserons dans cette présentation un certain nombre de savoirs d'action tirés de nos résultats de recherche en soins, sur « L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie » et dont le caractère invariant dépasse la situation singulière initiale. Des savoirs d'action au quotidien qui constituent des éléments d'une trame de prévention primaire et secondaire de potentielles situations de violence.

Des savoirs informels présentés sous forme de fonctions, souvent périphériques à la situation d'entretien, mais qui participent, quand ils ne le conditionnent pas, à l'accès aux modalités de soins. Des actions dont une des caractéristiques réside dans l'invisibilité de leurs déploiements

Partie 1

Remi,

Cette fin d'après-midi-là dans notre unité, nous sommes prévenus par le service des urgences de l'arrivée imminente de Remi, un jeune homme d'une bonne vingtaine d'années. Ses irruptions rapprochées dans les locaux de son association tutélaire, les cris, les récriminations, le verbe haut, les portes qu'il faisait claquer, et les coups de pied dans le mobilier traduisaient, à l'évidence, une maîtrise partielle de son comportement.

Ses troubles du comportement ont suffisamment inquiété ses interlocuteurs. Rémi a été amené aux urgences par les pompiers. Là aussi, des cris, des revendications systématisées sur un sentiment d'être spolié, une expression bruyante mais aussi une

démonstration sans attaque physique. Rémi était connu depuis peu de notre CMP mais cette hospitalisation à la demande d'un tiers (SPDT) constitue une primo hospitalisation.

L'annonce de l'admission,

L'annonce d'une admission imminente invite l'équipe présente à se préparer à l'accueil.

Celle-ci passe par une prise en compte de cette présence avant même l'arrivée du patient dans l'unité. Les éléments d'organisation de l'accueil concernent la répartition des actions, la préparation de la chambre, la disponibilité d'un ou deux soignants sur ce temps, l'information au collectif soigné d'une moindre disponibilité, mais aussi la réunion d'éléments d'informations, quand ils existent, particulièrement ceux liés à l'antériorité d'expérience de l'équipe quand ils peuvent nous apporter des « clés relationnelles ».

Pour Rémi, trop récent sur notre dispositif, nous allons devoir faire avec nos ressources. C'est-à-dire notre capacité à nous rendre disponible, à se préparer psychologiquement à cet accueil. Retrouver une disponibilité suffisante, c'est se rendre disponible physiquement et psychiquement. Se préparer, c'est alors un peu comme dérouler une check-list.

La disponibilité physique s'organise dans une logique de coopération des tâches avec les collègues. La disponibilité psychique, quant à elle, suppose des opérations de reprogrammation de sa charge mentale afin d'être présent dans un « ici et maintenant ». Il s'agit alors de travailler à se mettre en disposition d'accueil.

Nous avons à ce propos l'expérience, bien souvent vérifiée, d'entendre à distance de cette scène inaugurale, parfois des années après, des patients que l'on aurait pu croire peu réceptifs, nous décrire leur entrée avec les mots, les attitudes de chacune des personnes présentes. Un temps potentiellement productif de mise en lien, un temps qui s'origine dans le moment présent mais un temps qui s'invite toujours à s'ouvrir sur un devenir, un a-venir.

Si accueillir, c'est faire en soi une place à l'autre, l'accueil s'inscrit dans une logique d'emboîtement qui dépasse le moment présent, qui ouvre à un après. Il constitue le premier temps d'une continuité.

L'accueil est ici une manière de faire signe d'hospitalité et de réceptivité au symptôme, à l'étrangeté, aux émotions, à l'expression de la personne là où elle en est. Le côté *informel* de cette fonction d'accueil se trouve dans sa capacité à exister comme une disposition renouvelée, transversale. Il existe une notion d'objet malléable, de *fonction édreton*, avec ces qualités de l'accueil, c'est-à-dire une notion d'épouser la forme mais à condition de revenir à son état initial une fois la séquence terminée.

Le service des urgences nous a fait part d'une présentation instable, de propos difficiles à suivre centrés sur des thématiques de préjudices et l'administration per os d'un anxiolytique. Si nous intégrons ces éléments d'informations, notre pratique nous invite aussi à mettre les deux premiers partiellement de côté. En effet, le contexte initial et le contexte des urgences n'est pas forcément le même que celui de l'admission. Nous ne sommes pas sur la même scène et il est important de repérer et limiter les mécanismes d'inductions potentiels, et souvent de contagion quand une notion d'agressivité et de violence est retenue. Toutefois, être « prévenus » nous oblige nécessairement à un travail de prévention primaire lié à un éventuel débordement pulsionnel de Rémi.

L'admission en unité,

Le coup de sonnette, particulièrement appuyée, de la passerelle fait retentir son bruit strident. Le temps de nous déplacer jusqu'à la porte d'entrée avec mon collègue Gérard que celle-ci retentit à nouveau. Nous percevons un moment d'impatience de la part des ambulanciers. Ceux-ci sont à côté de leur brancard, vide. Rémi a préféré se présenter en position verticale, il va et vient sur la passerelle. Pas besoin ainsi de procéder à un transfert au lit, et les ambulanciers nous confient rapidement le patient.

Nous saluons le patient et nous nous présentons à lui, mettant en avant nos prénoms et nos fonctions. Devant son regard scrutateur, nous devançons sa réponse qui allait ici se faire attendre, « *Vous êtes Mr ...* », « *Nous avons été prévenu de votre arrivée et nous vous attendions* ».

Nous restons à une légère distance de Rémi pour ce premier contact et il est trop tôt à ce stade pour envisager une poignée de main.

Nous invitons le patient à nous suivre et nous mettons en mots les opérations immédiates. « *Eh bien, nous allons vous conduire à votre chambre et nous en profiterons pour vous présenter les locaux, comme cela, vous pourrez circuler et être plus rapidement repéré dans l'unité.* »

Ici, on voit poindre le double sens du repérage : à la fois celui de se repérer soi-même dans de nouveaux espaces et le fait d'être repéré, connu, avant même le temps de l'admission.

Le premier contact nous montre une défiance, une attention soutenue aux interactions et un regard insistant. Rémi découvre son environnement et ses acteurs, un monde qu'il ne connaît pas encore. Le contact verbal est encore minimaliste, et nous percevons que nos gestes et nos attitudes sont jaugés en regard d'une menace potentielle que nous pourrions représenter. Une suspicion diffuse couve.

Cette première rencontre et ce premier contact forme, peut-être, une peau commune à partir de la sensorialité. Elle pourrait contribuer à expliquer alors l'hypermnésie qui peut entourer ces moments.

Rémi tient des propos persécutoires, « *Je n'ai rien à faire ici !* », mais de notre côté, nous restons dans notre attitude de sollicitude tranquille. Nous laissons Rémi prendre possession de sa chambre et nous lui indiquons le déroulé des séquences immédiates.

J'aime bien travaillé avec Gérard.

Je sais qu'une de ses manières de faire consiste, chaque fois que cela est possible, de proposer au patient à manger et à boire. Une attention sur les besoins et sur le corps qui « parle ainsi la fonction » du dispositif d'hospitalisation. D'autant que le repas a déjà été servi.

Lors de sa prise de service, Gérard veille toujours à ce que le réfrigérateur de l'office remplisse sa fonction de conservation de quelques denrées, frayant parfois avec les limites des normes HACCP, ou plutôt, en intégrant les aspects symboliques sur la nourriture. Même

sans demande du patient, il est rare que cette prise en compte reste sans effet. Elle témoigne aussi d'une forme d'hospitalité.

Sans mot dire, Rémi accepte de s'installer face à son généreux plateau. Nous lui donnons rendez-vous dans 10 minutes pour la suite de son installation.

Et 10 minutes, c'est 10 minutes.

Je retrouve Rémi pour une présentation de l'unité. Il se ressaisit et me redit « *n'avoir toujours rien à faire ici puisqu'il n'est pas malade* ». Sa colère s'exprime « *J'avais de l'argent et ils ont refusé de me le donner, ils ne veulent pas que je m'en sorte* ». C'est l'occasion d'ouvrir une perspective de solution sans rentrer directement dans le problème ou le symptôme. « *Oui, et vous n'êtes pas les seuls à avoir des soucis, nous pourrions voir cela très vite avec Catherine, notre assistante sociale* »

Le tour de l'unité est l'occasion de présenter les collègues présents et leur fonction, le bureau infirmier, ouvert, ou il pourra s'assurer de notre présence. Rémi ne répond pas au « Bonjour », il observe. Nous croisons Patrick, hilare, casque audio vissé sur les oreilles et volume sonore encore conséquent. Nous nous décalons pour laisser passer David, qui suit une ligne de marquage au sol connu de lui-seul.

Ces croisements sont l'occasion de dire quelques mots des façons d'être des uns et des autres avec leurs particularités. Arrivés au salon, je demande à Rémi si il est d'accord pour que je le présente par son prénom aux quelques patients installés. Je prends son bougonnement pour un acquiescement minimal, certains patients le saluent.

Le temps de l'inventaire est l'occasion de s'approcher de son univers, de ses objets. Le caractère itératif de l'hospitalisation a réduit la présence d'effets personnels. J'apporte, sous le regard autorisé de Rémi, un soin particulier à leur recensement, un peu comme une métaphore d'un prendre soin de sa personne. Le pyjama est proposé comme vêtement de nuit et non comme vêtement d'hôpital.

Ces petits actes sont l'occasion d'établir un modèle de convivialité minimale et modélise la relation à venir. Ils sont riches d'observation et nous permettent, faute de recueillir d'amples données anamnestiques, de « conditionner » nos premiers contacts. C'est aussi l'occasion de donner les premières informations à Rémi sur son hospitalisation en SPDT, de s'enquérir s'il souhaite que nous prévenions quelqu'un de proche et de lui donner l'heure où il va rencontrer un médecin. Ce dernier terme provoque un nouveau sursaut « *Je n'ai pas besoin de voir un médecin, je ne suis pas malade* ». Nous sommes au seuil d'une situation d'entretien

Je laisse Rémi à son installation, non sans que Gérard lui propose un fruit supplémentaire. Nous le voyons sortir à plusieurs reprises de sa chambre, déambuler dans les couloirs, puis stationner à proximité du bureau et par la porte ouverte, nous entendons ses récriminations ou il est question « *de maisons de fous, de pouvoir public..* » , mais dans une adresse indirecte et un peu distanciée.

Lors de l'arrivée du médecin, nous faisons part à ce dernier de notre démarche d'accueil avec Rémi. En regard des éléments déjà en notre possession suite au passage aux urgences, notre idée est de limiter les effets d'une frontalité trop investigatrice. Il s'agit de maintenir cette approche oblique, de préparer la nuit qui est maintenant tombée, mais aussi de permettre à Rémi de composer, de faire avec l'emprise que peut représenter de manière inhérente toute hospitalisation non consentit.... .

Des pratiques et des savoirs informels :

En regard d'une activité infirmière informelle, quels savoirs pouvons-nous repérer à partir de cette séquence d'accueil de Rémi ? Quelle visibilité pour ces savoirs et ses actions du quotidien ? Au-delà de cette fonction **d'accueil** et de sa fonction qui la conditionne, **la disponibilité**, ce sont près d'une dizaine de fonctions que nous pouvons recenser. Toutes ayant été mobilisées sur ce temps. Nous allons ici nous appuyer sur les résultats de notre recherche en soins qui s'est intéressée à la place de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie pour identifier, parmi les 139 fonctions caractérisées, les fonctions électives de cette situation d'accueil et leurs savoirs pratiques.

1/ La fonction parole en actes :

Cette fonction peut se décliner sous deux registres avec Rémi. En premier lieu, nous entendons par cette fonction un principe d'action qui consiste dans une situation de soin donnée, à **souligner l'importance de la parole dans ses caractéristiques de fiabilité et de viabilité**. La nature de cette parole vise alors à réduire l'écart entre le faire et le dire pour s'approcher d'un modèle qui pourrait se résumer dans la congruence fondatrice de l'assertion suivante : « **Dire ce que l'on fait et faire ce que l'on dit** ». Et ici, 10 minutes, c'est 10 minutes.

En deuxième lieu, la parole est utilisée et convoquée de façon à mettre des mots au quotidien sur les codes sociaux et les intentions. Ces zones sortent alors de leur mutité.

Il s'agit de "Faire parler" le quotidien

Lors de cette admission, lorsque nous accompagnons Rémi, le quotidien, la gestion et l'appui sur des éléments du réel peuvent ainsi constituer des temps privilégiés pour passer d'une situation brute à une **situation parlante**.

Le propos n'est pas ici de se livrer à une interprétation, ni de produire une représentation du conflit inconscient. Le propos est plus de l'ordre d'une métaphore, d'un discours imagé qui permet de mettre à disposition un sens ou une représentation plus acceptable. Il s'agit d'une mise en forme, d'une mise à disposition qui commente, suggère, précise, décrit les impressions sur la scène des éléments du réel, des situations du quotidien ainsi convoquées.

Mais ici, elles sont démutisées. Elles rejoignent en ce sens *l'action parlante* ou *l'agir thérapeutique* élaboré par Paul Claude Racamier pour décrire cet acte parlé qui relie des éléments de la réalité externe, concrets, à des éléments de la réalité interne. P.C Racamier aborde la question de l'agir thérapeutique sous le terme « *d'action parlante* ».

Il en parle alors en ces termes : « *Il peut en aller de la quotidienneté des soins pour peu que ceux-ci rendent les **actions parlantes**, c'est-à-dire qu'ils donnent une valeur plus que symbolique à certaines actions, qu'ils les rendent symbolisantes par elles même* ». ¹

¹ Gérard Bayle, *Paul Claude Racamier*, Éditions PUF, 1997, 127 pages, p.41

2/ La fonction de construction du lien

Nous définirons donc la fonction construction du lien, **par toutes les actions intentionnelles de l'infirmier destinées à amorcer, appuyer, initier, inaugurer ou maintenir une ouverture à la relation.**

La place du regard

En amont du contact physique ou parlé, comme avec Rémi sur la passerelle de l'unité, intervient le temps du regard qui caractérise la première interaction.

Notons qu'à cet endroit, la codification sociale du regard est puissante, croiser un regard c'est voir ; appuyer modérément ce dernier c'est alors regarder ; soutenir son regard peut devenir ensuite scruter ; le temps d'après se nomme dévisager et les étapes peuvent vite s'entrechoquer.

Dans tous les cas, soutenir un tant soit peu son regard peut aussi marquer l'intérêt, le désir, l'ouverture et ici, l'ouverture transférentielle.

Un bon jour pour un bonjour,

Un bonjour ou une salutation qui est une manière de faire signe à l'autre, voire dans certains cas, une simple posture quand il a été perçu que la banalité d'un bonjour pouvait contenir en soi un potentiel intrusif, lequel vient alors malmener nos élans. La posture se caractérise ici par la prise en compte de cet état de fait.

Il peut se jouer beaucoup de choses à partir de cet énoncé : l'ouverture, la fermeture. Le bonjour constitue une formule polysémique par excellence elle ouvre un rapport signifiant/signifié quasi infini. Ce sont les mots de l'après qui viendront qualifier le registre de l'avant, mais déjà dans la formulation, la prosodie, se décline et se précise l'intentionnalité et le registre de l'ouverture – fermeture.

Des petits riens qui ne sont pas rien

La construction du lien et de la relation s'appuie sur les situations de soins dont l'accueil, mais elle concerne également les objets d'hospitalité dont l'institution est pourvoyeuse, ainsi en est-il de la prestation repas et nourriture apportée par Gérard. La construction de cette relation se fait par petites touches successives, ces petites touches sont souvent nommées par le terme « petits riens », là, ou ce n'est pas rien.

Il existe des invariants dans les « petits riens »

- La **spontanéité**, ils interviennent dans l'action et n'adviennent que dans l'imprévisibilité du quotidien.
- Ils caractérisent le **passage du patient objet de soins au patient sujet**.
- Ils traduisent ou sont en appui d'une **dimension intersubjective**. Cette dernière conditionne le passage d'un lien fonctionnel à la construction d'une relation.
- Ils **ouvrent à un entre-deux**. L'usage de ce terme nécessite ici de renseigner cette notion dans ses volets topiques. L'entre deux désigne ici l'écart entre ce qui peut être attendu par le patient du professionnel et ce qui pourrait relever de la part intentionnelle personnelle. Ecart que l'on peut traduire dans l'interrogation féconde suivante : « *Fait elle (ou il) cela parce que c'est sa fonction, ou parce c'est elle ou lui et que je suis moi ?* »

3/ La fonction apaisante

Elle vise à prévenir, accueillir et recouvrir l'expression de tensions internes et de leurs manifestations (vécu d'insécurité, acmé anxieuses, excès d'excitation). Avec Rémi, nous sommes restés dans une sollicitude « tranquille ». Elle permet de concourir au maintien voire au retour à un niveau de quiétude satisfaisant.

Cette fonction largement transversale n'est pas centrée sur la ou les causes des anxiétés émergentes et leurs examens. Son déploiement ne concerne que les effets de ces manifestations anxieuses. Elle vise à distancier les effets de leurs causes, à recouvrir les points sensibles et électifs, à relativiser les vécus et les émotions aux potentiels délétères. Son mécanisme repose sur une prise en compte de la difficulté ou de la tension anxieuse présentée.

4/ La fonction structuration versus repère,

En accompagnant Remi dans les principaux lieux de l'unité, nous lui avons permis d'avoir quelques éléments repère dans son nouvel environnement. Ceux-ci touchent essentiellement à la cardinalité (les lieux) et à la calendarité (les temps). Nous entendons par fonction structuration, l'ensemble des actions qui visent à fixer des éléments de stabilité et de pérennité dans l'environnement immédiat du patient afin de contribuer à lui rendre familier ce dernier. Le terme *familier* n'est pas entendu ici dans le sens d'une recherche d'une hyper-adaptation du patient à son environnement, option qui se révélerait potentiellement normative et infantilisante, le terme familier renvoie à **une notion de prévisibilité** et donc, de favoriser la perception d'un sentiment de sécurité.

Ces éléments repères favorisant une structuration concernent les éléments stables, fiables et invariants de l'environnement et du cadre de vie du patient, mais aussi le ou les infirmiers et soignants engagés auprès du patient

5/ La fonction Réglage

Nous définissons la fonction *Réglage* comme une action qui vise à **mettre en mots et à expliciter les codes culturels** ainsi que les contraintes tacites demeurées généralement muettes dans les rapports sociaux habituels et le « vivre-avec » des unités de soins. La finalité n'est pas une normalisation du comportement attendue mais une mise en mots, parfois en gestes, à valeur de repérage de ce qui est usuel, habituel et de ce qui l'est moins.

Avec Remi, lors du croisement d'autres patients dans les couloirs, c'est un registre particulier qui a été utilisé ou cette fonction *Réglage* prend une importance spécifique dans la vie des unités de soins en psychiatrie. Ce registre concerne la prise en compte de la sémiologie de « l'autre » quand la disparité des pathologies, le brassage des populations dans un hétéroclisme parfois baroque peuvent prêter à discussion et se traduire par des incompréhensions et des rejets. La fonction *Réglage* vise alors à donner et à partager quelques éléments d'informations sur la sémiologie des pathologies rencontrées au sein de l'unité afin d'augmenter le niveau d'acceptation des différences et contribuer à fluidifier le « vivre ensemble ».

Il s'agit aussi à termes **de maintenir des tolérances parfois remarquables et de soutenir les effets d'entraide et de coétayage entre patients dont nous savons l'importance et le rôle de pondération**

6/ La fonction d'explicitation

La fonction explicitation vise à **reformuler une information**, une décision, une action en utilisant différents registres de communication, une adaptation du langage, et des ajustements linguistiques – et cela de façon à rendre accessibles les contenus du message et en optimiser la valeur informative vis-à-vis des possibilités de compréhension du patient.

Cette fonction existe avec une fréquence soutenue dans les soins infirmiers en unité d'hospitalisation. Cette occurrence est en lien avec des distorsions consécutives à la pathologie, lesquelles peuvent atteindre simultanément plusieurs des canaux de la communication. Ainsi, les perceptions, les émotions, la compréhension, la pensée peuvent se trouver isolément ou simultanément touchées et perturbées par ces mécanismes de moindre discrimination.

Pour Remi, la fonction explicitation a consisté à **rendre accessible une lecture et une compréhension de son environnement immédiat**. Cette fonction a pu être effective, la présentation clinique de Rémi le permettant, dans ces moments inauguraux de la rencontre en hospitalisation

7/ La fonction contenante

Si Remi se contient difficilement au moment de son hospitalisation, celle-ci est consécutive à un défaut de contenance initial dans les bureaux de son association tutélaire.

Nous nommons par fonction contenante un **processus qui accueille des contenus**

psychiques, c'est ici, selon (Kaës, 1979) « *l'aspect stable et immobile qui s'offre en réceptacle passif au dépôt des sensations et images...ainsi neutralisées et conservées* ». Rémi est persécuté, projectif, nous reprenons ici le modèle de ce dernier auteur où la fonction contenante est définie par **un rôle passif, un rôle de dépôt** avant d'être un processus actif de transformation. La fonction contenante est entendue ici comme un espace d'accueil, et l'accueil devient alors un espace contenant, qui s'appuie lui-même sur la continuité et la permanence des soins hospitaliers, permettant la réception d'expressions de souffrance.

8/ La fonction hypostimulante

Dans la situation de Rémi, le médecin de garde est intervenu un peu à distance de la situation d'accueil. Nous avons mis à profit ce temps pour « border » les conditions de l'hospitalisation de Rémi et déployer les différentes formes que peut prendre un « holding » hospitalier, sans stimulation trop directe et en essayant de nous adapter à « son » temps. Nous avons informé le médecin de notre approche (oblique) afin que l'entretien d'accueil ne soit pas trop stimulant (frontal) en regard du sens de nos actions.

La *fonction hypostimulante* concerne alors l'ensemble des actions de nature conjoncturelle ou structurelle qui vise à limiter les sources de stimulation en direction du patient ou dans l'environnement direct du patient. Cette fonction hypostimulante peut donc être de nature psychique et sensorielle.

Avec Rémi, il s'agit d'éviter de le mobiliser inutilement ou à contretemps sur des thèmes ou des problématiques que l'on perçoit ou que l'on connaît comme génératrices de tension. Il y a aura, éventuellement, des temps, des cadres et des lieux plus propice à cet abord. Ce jour, la situation duelle d'entretien infirmier d'accueil n'était pas indiquée.

9/ La fonction observation clinique

En accompagnant Rémi lors de son admission, et sans engager un entretien informel, nous avons pu recueillir un certain nombre d'informations. Nous entendons par observation clinique toute observation **émanant d'un contact direct avec le patient**. Ce contact est pour beaucoup un contact visuel, il concerne les éléments de présentation, d'habitude, de comportement, liés à la localisation, le regard, les préférences, les trajectoires, la pulsionnalité de contact, etc. Les zones d'observation concernent également les relations établies avec le milieu, les réactions, son registre d'expression. Les odeurs sont un élément d'observation, odeur d'un corps qui se soigne ou s'abandonne. Et ceci, en lien avec notre présence et en dehors d'une interaction avec l'observateur.

10 / Du côté de l'équipe, une fonction de coopération des tâches.

Du côté de l'équipe, après le temps de recul et de préparation psychique, c'est essentiellement une fonction de coopération des tâches qui a été mobilisé. Il s'agit pour le collectif d'actualiser et d'articuler leurs actions en cours. Ces opérations d'articulation, de

répartitions concernent ici la tâche, c'est-à-dire la part peu compressible et programmée du travail qui échoit aux soignants.

Pour l'accueil de Rémi, ces actions ont mobilisé une bonne partie du groupe soignant. Des opérations de distribution et d'attribution sont donc nécessaires. Cette fonction coopération des tâches prend alors en compte plusieurs facteurs dans ces opérations d'arbitrage :

- Un facteur en lien avec les préférences et les ressources des collègues. La prise en compte de ces affinités en adéquation avec les envies personnelles et la connaissance des centres d'intérêt de chacun est un élément facilitant l'investissement. Par exemple, se proposer de réaliser cet accueil avec Gérard.
- Un facteur en lien avec l'état émotionnel momentané du ou des collègues. Il s'agit de la fonction inversée du facteur précédent quand il convient de prendre en compte une lassitude, une difficulté à se mettre en situation d'aller vers, un coût énergétique de mobilisation trop important d'un ou de plusieurs collègues. Cette contribution transitoire et de nature symétrique prend alors en compte les aléas du quotidien, les bons et les mauvais jours. Cette répartition n'est donc pas appelée à s'inscrire de manière structurelle.

En conclusion

Différentes actions informelles ont été déployées autour de l'accueil de Rémi en hospitalisation.

Prise indépendamment les unes des autres, leurs effets sont moins perceptibles et directes. C'est bien leur maintien ensemble, leurs agencements et leurs connectivités qui impriment une cohérence et une grammaire à l'ensemble de cette séquence d'admission.

Parmi les lignes de pensées organisatrices de ces pratiques, **nous pouvons retenir quelques axes.**

Accueillir, c'est aussi s'adapter à la situation du patient, s'en approcher progressivement là où il est, là où il en est. Il s'agit ici de mettre en avant la fonction de portage, de « holding » que peut représenter et incarner ici l'indication d'hospitalisation et donc de soins institutionnels. Un des objectifs est de contribuer à créer du familier, du connu, entendu comme du prévisible et du potentiellement rassurant.

La prise en compte de l'aspect déambulatoire, du corps y participe. Pour Rémi, nos actions ont pu générer une forme de conflit socio cognitif entre ses craintes, sans doute ses représentations, et la réalité de nos actions. La création de cette espace limite les points d'appui persécutoires. Un certain nombre de fonction, explicitation, réglage, action parlante relève de dimensions de cognition sociale, notamment par une démutisation des codes locaux et une limitation des défauts d'attribution d'intentions. Ces actions permettent à Rémi d'arriver. Les actions suivantes permettent à Rémi de se poser. **Il faut donc pouvoir se poser pour ensuite pouvoir déposer.**

Accueillir, devient accueillir la personne avant d'accueillir le problème, ou la maladie. A ce moment, et dans ces moments inauguraux, puis, dans les temps d'accompagnement au

quotidien, nos actes peuvent devenir plus important que nos mots, les détails plus importants que la globalité. Citons P.C Racamier (1988): « *Nos actes et nos dispositifs seront alors plus significatifs que nos paroles* ». Citons Jacques. Hochmann (1984): « *Les patients psychotiques n'ont pas besoin de mots, ils ont besoin d'autres preuves* ».

Accueillir le patient est le premier temps de toute prétention soignante en psychiatrie. Il y a toujours deux temps dans nos démarches, un premier temps d'accueil et de rendre possible des rencontres, c'est le temps de la démarche clinique. Le deuxième temps sera celui du projet ou de la démarche de soins.

Jean-Paul Lanquetin - GRSI
Saint Cyr au Mont d'Or, le 12 octobre 2016

Partie 2

L'hospitalisation de Rémi

Je reprends mon service le surlendemain. Rémi alterne des moments où les vécus persécutoires sont effleurant avec d'autres où il se montre abattu, triste, bredouillant dans son adresse et dans ses réponses.

Il va et vient dans l'unité, il reste souvent à proximité du bureau, qui garde, hors relève, ses portes ouvertes, scrutant plus que regardant les collègues qui peuvent s'y trouver. Hier, il a fini par répondre favorablement à notre collègue Corine, qui l'avait invité à prendre place un moment.

Il était resté là un moment, regardant autour de lui, au seuil d'un possible échange. Corine l'avait laissé à sa découverte, sans le stimuler sur une conversation particulière, vaquant à ses occupations d'écriture. Juste lui adresser un sourire, signifier un « être-là ». Il s'agit alors de favoriser des proximités, de participer à créer du familier, entendu ici comme l'expression d'un environnement connu, prévisible et potentiellement rassurant.

Il s'agit alors de fabriquer du quotidien, à partir du journalier.

A ce moment de la matinée, je suis dans les locaux communs, je passe de la salle de télé au salon, en contact avec le groupe patient. C'est l'occasion de prendre la « température », de se montrer disponible, ouvert aux sollicitations, de favoriser les interpellations et d'autres types d'échange. Et, bonne pioche, Remi vient vers moi, il me fait part de sa sensation d'étouffement entre les murs de l'unité et de son besoin irrépressible de prendre l'air et de fumer sa cigarette à l'extérieur : « *Là par exemple* », m'indique-t-il en me montrant une porte d'accès à l'unité ouvrant sur une passerelle, là où son mode d'hospitalisation ne lui permet pas d'accéder pour l'instant.

Je le sens suspendu à ma réponse. J'évalue rapidement la situation, sur la sensation d'étouffement, l'accès ouvert au large balcon de l'unité lui permet aussi ce dégagement. Des velléités de fugue alors ? Sa robe de chambre, une sédation encore palpable ainsi surtout que l'absence de scénario repérée de cette idée, en dehors de propos de circonstances, limitent l'exploration de cette possibilité.

Il s'agit alors d'autre chose. J'accède à sa sollicitation et au moment d'engager mon passe dans la serrure, je lui demande, « *Venez avec moi* », puis en immobilisant mon geste après un silence de scansion de quelques secondes, « *Mais Rémi, j'ai besoin de votre parole* ».

Une parole qu'il me donna, et dont je n'avais pas pressenti l'étendue de sa portée. Il est vrai que je savais dans ma décision pouvoir m'adosser à un collectif ou était travaillé ces significations de l'interdit. Passer d'un *interdit* de l'ordre réglementaire ou du cadre de soins à un *inter-dit* où la parole donnée nous tient, fait lien et fait tiers. Une des voies de l'intériorisation qui nous permet de déplier nos intentions soignantes. Etablir, rétablir, ou rendre de nouveau possible une relation constitue l'indication même de sortie de chambre d'isolement.

Nous faisons alors quelques pas sur la passerelle, je m'emploie quant à moi à parler de tout autre chose que de la situation présente. Accoudés à la balustrade, un air frais hivernal nous balaye le visage, Franck inspire autant cet air matinal que les bouffées de sa cigarette. Ce moment, sommes toute, banal des soins se teinte alors d'une intensité

particulière. Nous retrouvons la chaleur de l'unité, je ne repère pas tout de suite le regard de Rémi qui vient de s'animer.

12/ Fonction « être-là »

Corine a invité Rémi à venir s'asseoir un moment, sans forcer la relation, installant par contre un seuil à celle-ci. Elle était juste là en habitant cet « être-là ». Cette fonction et cette notion d'« Être là » sont régulièrement convoquées dans les écrits qui invitent à penser le rôle des infirmiers en psychiatrie, particulièrement en hospitalisation temps plein. Non seulement ils sont fréquemment convoqués, mais, sans être dans une approche quantitative, nous avons été étonnés par la fréquence du recours à cette notion lors de nos entretiens. Celle-ci apparaît dans plus de la moitié des entretiens, et ce, de manière convergente pour tenter de définir les critères d'une certaine qualité de présence de l'infirmier en psychiatrie.

Du côté des écrits, Chantal Coquerelle exprime qu'« être là serait une sorte d'intuition, c'est-à-dire une connaissance immédiate qui n'a pas recours au raisonnement, au discours ».²

Enfin, Roseline Orofiamma précise « Etre là, être avec : une forme d'écoute de la souffrance et de la folie. Une présence à l'autre [...] L'art de transformer les gestes du quotidien en actes de soin ».³

De notre côté, nous entendons par cette fonction « Être là » la capacité pour l'infirmier d'affirmer une qualité de présence sans l'imposer, répondant d'une part aux impératifs liés au quotidien et au vivre ensemble, et affirmant d'autre part une forme d'attention qui s'appuie sur la coprésence, sous-tendue par une quête de sens et une intentionnalité.

L'être là définit alors une capacité et une garantie de faire face aux différentes situations que ce quotidien particulier de côtoiement de la maladie, de la souffrance et de « la folie » peut générer. Nous utilisons ici le mot « folie », qui n'est pas un terme médical, dans son acceptation générale et sociale. C'est-à-dire, dans le sens d'une irruption, d'un excès, d'une démesure, d'une incompréhension qui vient dépasser l'entendement de son énonciateur. En ce sens, l'emploi de ce mot renseigne autant sur celui ou celle qui l'emploie qu'il n'informe sur la situation décrite.

Cette fonction fait appel au vivre avec, nous sommes là et ils sont là (les patients) et dans ce travail de l'infirmier en psychiatrie, il s'agit «... de mettre au travail une pensée complexe dans la banalité des choses les plus simples.», Serge Klopp⁴

Une autre illustration de cet « être-là » peut se caractériser par une particularité d'une qualité de présence soignante : signifier que le soignant est là, qu'il y a du possible sans l'imposer, juste indiquer ce possible. Nous le retrouvons dans le propos d'une ISP lors d'un entretien « Être là, c'est être présent. Cela veut dire être là pour qu'il ait un échange possible, indiqué qu'il y a une rencontre possible. Cela ne veut pas dire qu'elle va se faire, mais indiquer qu'il y a du possible. Elle peut aussi ne pas se faire. » Ou dans le propos de

² Coquerelle, Chantale, « Être là, Etre celle d'une qualité de présence et celle d'une possible rencontre avec » *Les savoirs infirmiers en psychiatrie*, Édition Éducation Permanente, octobre 2006, 208 pages, p.31).

³ *Ibid*, p.196.

⁴ *Ibid*, p. 151

cette infirmière IDE interviewée « ... *simplement le fait d'être là... c'est la simple présence, et le patient peut venir, il sait qu'on est là et qu'il peut nous solliciter à tout moment, et en même temps savoir mettre de la distance* ».

Ainsi, Être là comme manière d'affirmer sa propre permanence sans l'imposer, être là et présent pour les autres dans l'unité, c'est la teneur des paroles de ces deux témoignages recueillies lors d'entretiens.

Pour la première, infirmière, il s'agit « *D'être là, présente dans le service, sans forcément faire quelque chose, mais en étant visible pour les patients, les regarder, mais pas les observer comme des curiosités. Être disponible entre guillemets ou sembler être disponible, il s'agit de leur donner l'impression qu'ils peuvent venir vers nous. Et cela, franchement, je crois que c'est l'exercice des plus difficiles* ».

Et pour cette deuxième infirmière, une part conséquente de son travail consiste à « *Prendre du temps pour être là avec les gens, rester sans rien dire pendant un moment. Pour moi, une des choses les plus importantes consiste à aller m'asseoir quelque part à côté des gens quand ils sont plusieurs et là, d'observer ce qui se passe, de prendre l'ambiance [voir la fonction thermométrique en 3.1, Ndr], et petit à petit de créer quelque chose avec les personnes hospitalisées* ». Approche que confirmera ce médecin psychiatre interviewé : « *Il faut savoir être là, savoir repérer quand il est intéressant de ne pas trop se presser, de ne pas se précipiter pour tout saturer...* »

13/ Fonction Immersion

Je suis dans l'unité, ici quelques minutes à la salle télé, je passe du salon au réfectoire, dans une vacuité toute apparente. Je suis alors en Immersion. Nous entendons par fonction immersion la capacité pour l'infirmier d'aller à la rencontre et au contact des groupes ou des sous-groupes patients dans l'unité, ou dans sa périphérie immédiate, sans objectifs opérationnels immédiats ou prédéterminés, si ce n'est que de témoigner de sa présence. Il existe une familiarité naturelle entre la fonction Immersion et les fonctions « être là » et son pendant, l'être avec ainsi qu'avec la fonction « permanence ». Cette proximité tient au fond sur lequel elle se décline, marqué par la continuité de la permanence, qui est incarnée en unité d'hospitalisation par la permanence de la présence soignante infirmière. « L'être là » qualifie un état, une qualité de présence dans les lieux à attribution dominante soignants ou à attribution dominante patients sans intentionnalité délibérée.

La fonction Immersion se différencie de l'Être là par **l'action volontaire d'aller au-devant, sur les lieux de présence du groupe ou des groupes patients**. A ce titre elle peut faire l'objet d'un prévisionnel d'activité.

Pour Armel Rivallan, cette activité thérapeutique qu'il nomme « *traîne savate* » est une activité de mise à disposition où, le fait de « *traîner* » est utilisé également à des fins d'informations (observation, clinique, évaluation, élément d'ambiance...) et d'ouverture à la relation. Éléments qui pourront dans un deuxième temps être rapportés au groupe soignant. « *Il suffit de se balader dans les espaces de l'unité et de laisser venir les rencontres. Quoi qu'il advienne, on en revient toujours plus riche. Cette activité peut survenir à n'importe quel*

*moment, en se rendant d'un bureau à l'autre [...] mieux encore, elle peut se programmer. Il suffit d'en faire une priorité dans le soin et de lui consacrer du temps ».*⁵

Ces scènes de la vie quotidienne n'ont rien de spéciales, et dans cette banalité des discussions de couloir, est enchâssée « [...] une véritable mine d'éléments cliniques. Souvent, les patients livrent des choses bien différentes que lors d'une consultation formalisée [...] Ici, un patient évoque des troubles du sommeil, là un autre évoque une permission à venir. Dans la salle à manger, on discute des goûts autour des menus affichés, tandis que l'on stationne dans l'escalier pour protester contre les effets secondaires d'un traitement récemment instauré». ⁶

Il s'agit d'être dans cette mobilisation physique et cette disponibilité psychique doublées d'une vacance apparente qui permet alors l'accueil d'éléments ou de situations liés à la vie au quotidien. Les propos de cette infirmière ISP recueillis lors d'un entretien peuvent illustrer cette fonction : « Il y a une histoire de présence physique qui me semble importante, tu peux être interpellé, appelé là dans un couloir. Le fait que tu sois là et que tu peux être attentif sur des éléments très banals du quotidien, des petites choses, c'est souvent à travers des petites choses que ça se passe, il y a des signifiants qui sont offerts comme cela ». Une autre infirmière IDE rapportera son expérience : « C'est pour ça que pour moi, fumer une cigarette avec les patients, c'est des moments que j'aime bien. C'est un moment déjà éloigné de toute contrainte et c'est là que l'abord est plus facile parce que les patients sont décontractés. Il n'y a pas de stress de part et d'autre et là, il se passe des choses intéressantes. Des inquiétudes qui n'ont pas été dites au médecin ou en entretien infirmier et qui font que ces moments-là sont importants. »

Ainsi ce modèle permet-il de lire à travers cette fonction immersion, l'une des réalités de travail de l'infirmier en psychiatrie en unité d'hospitalisation temps plein. Elle touche au jeu de la présence et de l'absence dans l'espace de l'unité. Il n'existe pas de souci de productivité immédiate. Une incertitude, au potentiel fécond, entoure l'objet de la présence du soignant dans l'unité. Dans nos exemples, le questionnement implicite pour le patient peut prendre cette forme : « Est-il la pour fumer ou pour nous ? Est-il en salle de télé pour l'émission ou pour nous ? Est-il disponible ou indisponible ? Peut-il accueillir ou non ? ».

Cette présence complexifie le lien, elle en autorise des variations d'interprétation et consécutivement elle en augmente les registres relationnels et les possibles. Elle éloigne la frontalité des statuts, les rapports trop fonctionnels et normatifs en réintroduisant et renouvelant des possibilités de jeu.

Une personne extérieure à l'unité et au domaine du soin psychique serait certainement convoquée de la même manière quant à l'interprétation de ces situations, travail ou non-travail, relation de soins ou relation de civilités, être là, être avec ou « faire » ses huit heures...

Un statut d'indécidabilité lié à la place et la fonction de l'intervenant, lequel ouvre alors sur une interrogation : sommes-nous sur un registre personnel ou professionnel ?

⁵ Armel Rivallan, « Activité traîne-savate, quand ne rien faire peut faire la différence », *Soins Psychiatrie*, n° 243, mars/avril 2006, pp. 28-30).

⁶ *Ibid*, p. 30.

Comme le souligne Pascal Roman ⁷ « *La dimension de l'indécidabilité permet de soutenir une démarche créative/créatrice (l'aire transitionnelle d'expérience comme soutien au travail de symbolisation)* ». Le statut d'indécidabilité et l'absence de besoin de trancher nous font reprendre l'exigence formulée par Winnicott (1971) et citée par Paul Fustier ⁸ que l'observateur doit être en mesure de méditer : « *Je demande qu'un paradoxe soit accepté, toléré, et qu'on admette qu'il ne soit résolu. On peut résoudre un paradoxe, mais le prix à payer en est la perte de valeur du paradoxe.* »

Le retour et le rassemblement de ces temps d'immersion sont illustrés dans le propos d'un des médecins interviewés « *Mais c'est comme des petites sondes, moi c'est la représentation que j'en ai : des petites sondes qui vont un petit peu partout dans le service, et puis qui se regroupent à la base pour chacune donner leurs informations, et puis on tire à ce moment-là une représentation globale du service* ». Cette idée des sondes, ou des abeilles et de la ruche, n'est pas sans évoquer le concept de constellation transférentielle dans la psychothérapie institutionnelle, appliqué ici à l'échelle de l'unité. « *Seul le dispositif institutionnel peut donner cohérence à cette constellation transférentielle et permettre au psychotique de s'appuyer dessus pour (re) trouver sa propre consistance* ».⁹

L'idée organisatrice est d'accueillir « *les multiples éclats du psychotique* »¹⁰ et plus généralement, d'accueillir et de recueillir un certain nombre d'observations appuyées ou non sur des rencontres, des informations afin de les partager, puis de les mettre en circulation dans l'équipe ou dans le collectif. Ceci dans une visée qui permette la construction d'une représentation globale de la vie de l'unité et dans le cas d'un patient singulier, il s'agit de construire une visée qui contribue à unifier une représentation de son fonctionnement psychique.

14:/ Fonction prise de risque et transgression novatrice

Avec Rémi, en l'accompagnant sur la passerelle, on pourrait dire que j'ai participé d'une transgression novatrice en adaptant le cadre à l'évaluation de la situation, un cadre qui prend alors des bords élastiques. Toutefois, cette pratique n'était pas transgressive dans nos pratiques à ce moment, peut-être le seraient t'elles aujourd'hui.

Cette fonction consiste en l'appréciation circonstanciée, individuelle, et le plus souvent collective, d'une situation en regard d'une évaluation du rapport-bénéfice/risque. Du côté du bénéfice attendu, il s'agit d'évaluer les effets positifs d'une modification de la dite situation, en termes de création du lien, d'alliance thérapeutique, d'autonomie, d'expérimentation relationnelle... Du côté du risque, il s'agit d'évaluer le retentissement sous forme d'atteinte à la qualité des soins, du maintien de la situation antérieure, avec ses

⁷ Roman, Pascal, « Les figures du délogement : vers une métapsychologie des pratiques de soins à domicile », *Dialogue*, 2011/2 n°192, pp 31-41, DOI : 10.3917/dia.192.0031, p 39.

⁸ *Ibid*, p. 75.

⁹ Joseph Mornet, *Histoire et actualité de la psychothérapie institutionnelle*, Ed du champ social, Nîmes, 2007, p. 125.

¹⁰ *Ibid*, p.125.

effets de limitation de l'autonomie ou de restriction de la liberté de mouvement, mais également en termes d'impact négatif sur la dignité du patient.

La fonction *Prise de risque* se caractérise donc par un mouvement décisionnel. Plus précisément, ce mouvement résulte lui-même d'une compétence encadrée par un raisonnement clinique, se traduisant par un processus décisionnel ouvrant alors sur une action. Celle-ci s'inscrit dans le cadre du rôle propre infirmier, mais suivant le niveau de collaboration, au sens de la coopération (définie plus loin) d'équipe pluriprofessionnelle, elle peut toucher au rôle prescrit.

La fonction prise de risque suppose donc la réunion de plusieurs éléments pour pouvoir se déplier, elle suppose une marge de latitude de l'infirmier dans l'appréhension de la situation, et la nécessité que ses initiatives puissent s'adosser, comme ici, à un cadre de travail souple et robuste, conditions nécessaires à l'instauration d'une sécurité interne suffisante chez les professionnels.

Cette fonction prise de risque contient en elle-même une dimension qui la constitue, et que nous nommons la dimension transgressive. Cette dimension n'est certes pas à entendre du côté d'une transgression d'un interdit lourd, mais bien du côté d'une transgression légère, novatrice qui ouvre vers un autre mode d'accès dans la rencontre de la personne soignée, enrichissant ainsi le répertoire de ressources professionnelles de l'acteur. Nous entendons, ici, **la transgression novatrice comme étant la source de l'innovation**.

Philippe Perrenoud¹¹ associe cette capacité à transgresser, à bon escient précise-t-il, à une compétence « *La compétence consiste à accomplir un travail réel et pertinent sans tourner le dos au travail prescrit, mais sans s'y enfermer, en exerçant un jugement professionnel, en s'autorisant à jouer avec les règles, à les transgresser à bon escient, ou à en inventer chaque fois **que la complexité du réel l'exige...** Toute normalisation de la réponse, qu'elle s'ancre dans une doxa, une théorie ou une tradition, entraîne un affaiblissement de la capacité d'action et de réaction du praticien* ».

Cette nécessité peut être illustrée dans le propos de cette infirmière ISP confirmée lors d'un entretien : « ... *Si j'ai envie de faire le zouave je le fais, je peux chanter dans un couloir, prendre un patient et me mettre à danser, enfin je peux dire un truc tout con ou sortir une connerie ou au contraire faire du paradoxe (...) c'est un espace de liberté pour moi. Tout à l'heure j'étais dans une chambre avec une patiente, bon elle est d'origine italienne. Je lui parle italien, et je lui parle italien parce que c'est aussi **un mode d'accès*** ».

Une autre infirmière ISP évoquera lors d'un entretien ce même registre d'action à propos d'une de ses collègues et son impact positif sur l'ambiance « *Les patients, ils aiment bien quand on rigole, on voit qu'ils sont contents, souvent, ils sont là, ils viennent vers nous. Et des fois, même des patients très malades, des gros psychotiques qui sont pris dans leur monde épouvantable comme M... qui à une souffrance déchirante, tu arrives à le faire rire. Ma collègue J., elle arrive le matin et elle est capable de lui dire « alors, M..., on danse ? » Et cela, le patient, même s'il est pris dans l'horreur de son délire, il le perçoit. Et cela, je trouve que c'est bien, et je ne pense pas qu'il existe un niveau de danger... c'est la vie et ils ont aussi une vie* ». Il s'agit bien ici d'utiliser des registres d'actions peu habituels, dirions-nous de

¹¹ Perrenoud, Philippe, Articulation théorico-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance, Bordeaux, mars 2000, p. 7, <http://www.unige.ch>.

manière euphémisante, qui utilisent l'humour, le décalage pour trouver, nous reprenons l'expression de cette infirmière, *un mode d'accès à l'autre*.

L'aspect transgressif réside dans le côté spontané, novateur, affirmé de cette soignante, que l'on ne retrouve pas dans les enseignements des conduites à tenir délivrées lors des formations initiales. La **transgression réside dans la liberté prise avec la représentation de l'image habituelle de l'infirmière** comme en témoigne généralement l'étonnement renouvelé des étudiants en soins infirmiers présents en stage lors de la découverte de ces registres d'actions. La transgression réside ici dans cette capacité à faire un pas de côté, à retrouver une latitude d'appréciation qui permet de décoller de la situation initiale.

Les innovations comportent en elles une forme de transgression, elles s'affranchissent du poids parfois stérilisant des conformités ambiantes, elles ré ouvrent à des possibles et sont confortées par l'expérience et une connaissance en profondeur de son environnement de travail et ici des patients, particulièrement ceux qui partagent une histoire avec leur équipe de référence.

15/ Dégagement d'invariants opératoires à partir de l'outil d'observation : Les portes ouvertes

Notre propos sur la thématique des portes ouvertes est dissocié ici de celle sur l'ouverture ou la fermeture des unités et des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2004) sur la *liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité*. Notre propos se situe dans l'enceinte des unités et l'ouverture des portes dont nous parlons concerne préférentiellement les lieux habités par les professionnels et les lieux communs. L'espace privé de la chambre du ou des patients n'est pas concerné directement par nos observations.

Notre définition s'intéresse à l'usage et à la signification que les professionnels infirmiers font de la porte quand ils sont à l'intérieur d'un local.

Ce point qui nous était familier quant à nos pratiques respectives, point ordinaire si l'en est, s'est éclairé d'un jour nouveau dans le contexte de nos investigations. Nous avons été surpris de cette continuité, d'une équipe à l'autre, d'un moment à l'autre, d'un local à l'autre, d'une unité et d'un site à l'autre. Ce point nous a permis de développer les significations et les fonctionnalités de cette pratique au final riche de sens.

La signification de la porte coulissante, battante, à projection est simple. Ce n'est pas comme le souligne avec humour Jean Furtos « [...] *un simple artéfact architectural oublié par un architecte naïf.* »¹² Elle signifie un dedans et un dehors et le mode de passage entre les deux. Des significations connexes sont associées en fonction également de l'écart angulaire qu'elle peut former avant la fermeture (semi-ouverte, entre ouverte).

Ce seuil, ce passage entre des lieux et des temps, était naturellement marqué lors de nos enquêtes. Les temps de fermeture de la porte d'un local ou du bureau sur ces occupants étaient bien délimités. Outre les temps programmés de réunions, relèves, entretiens, etc. Nous avons retrouvé un niveau de fermeture quand il s'agissait d'abriter un échange entre professionnels, ou entre professionnel et un patient lorsque ces derniers ouvraient sur un

¹² Jean Furtos, « Les trois formes d'organisation groupale comme paradigmes de la relation thérapeutique », *Actualités Psychiatriques*, n° 2, 1983, pp. 19-30, p.19.

niveau de dévoilement profond. La porte qui se referme vient alors protéger et respecter l'intimité, la pudeur, la confiance ou encore traduire pour l'extérieur le respect de cette confidentialité.

Le jeu sur l'ouverture/fermeture permet d'autres figurations. Il favorise alors par un effet différenciateur les constructions symboliques, en premier lieu desquelles le fantasme originaire et organisateur de la *scène primitive* aura sa place. Mais là n'est pas l'essentiel de notre observation. Nous avons noté que les infirmiers, soit dans leurs actions et tâches individuelles, soit dans leurs moments de regroupement maintenaient cette disposition d'ouverture.

Un infirmier ISP de nuit l'expliquait de la manière suivante lors d'un DIA « *Ainsi, les patients savent où nous sommes et à qui s'adresser. Les portes ouvertes nous permettent d'avoir une oreille et un œil sur l'unité, de surveiller la circulation des patients et à un moment de savoir qui est où* ». Les portes ouvertes permettent de renseigner sur les localisations réciproques pour cette dimension qui prend une finalité particulière la nuit. Une infirmière d'après-midi nous expliquera dans un DIA une signification complémentaire « *Les portes ouvertes nous permettent de maintenir un signe d'ouverture, celle-ci atteste d'une forme de disponibilité, d'une possibilité d'accéder à l'autre.* » La porte ouverte matérialise ce que l'expression courante véhicule « *Ma porte vous est ouverte* ». L'accès à l'autre est possible, les préalables sont réduits, il peut exister des positions intermédiaires entre le dedans et le dehors, être en présence de l'autre, être au seuil de la relation sans pouvoir franchir ce cap. Comme Rémi, être à côté sans avoir à formuler une demande. Ces positions prennent tout leur sens en psychiatrie ou ces questions de l'accès à l'autre et à la relation sont fréquemment perturbées. Nous remarquons que la porte ouverte évite le « *frappez avant d'entrer !* » dont la formulation peut receler une ambiguïté quant à son potentiel d'appel au symptôme. Le « *frappez* » pouvant évoquer l'appel au pulsionnel ou les trois coups du début de la mise en scène au théâtre. **Les portes ouvertes suggèrent alors une présence manifeste qui limite les besoins d'avoir à manifester sa présence.**

Ces dimensions sont présentes comme une condition de son exercice pour cette infirmière du matin interrogée lors d'un DIA « *Les portes ouvertes sont un choix que je maintiens toujours, cela permet une localisation réciproque et cela témoigne d'une ouverture, et surtout d'une disponibilité.* »

Disponibilité, permanence, contact perceptif, les portes ouvertes traduisent une disposition interne du soignant qui est une disposition professionnelle. En dehors des moments différenciés, l'unité forme un tout qui relie de manière perceptive le soignant à celle-ci et aux signaux de la vie qu'elle abrite. Cette mobilisation des canaux perceptifs et les identifications perceptives associées existent à cet endroit. Elles créent un lien organique entre le soignant et son lieu d'exercice en unité. Ce double travail, être occupé à sa tâche et disponible à l'autre se double d'un ajustement de la vigilance aux signaux en provenance de l'unité. Ce double registre est développé dans le cadre de la double tension.

En filant une métaphore architecturale, nous pouvons dire que les portes ouvertes sont une fenêtre sur l'unité qui s'ouvre en plusieurs volets. Elles témoignent d'une disposition interne et renseignent comme nous le dit de manière complète cet infirmier lors d'un DIA « *Les portes ouvertes permettent de signifier une disponibilité, de rassurer également par notre présence visible. Elles nous permettent d'être en contact et à l'écoute et ainsi de s'assurer d'une continuité en regard de l'unité* ». Une fenêtre sensorielle et une

fenêtre d'observation des éléments cliniques nous dit cette infirmière du matin alors qu'elle préparait les traitements au moment du lever « *J'ai en préoccupation permanente les allées et venues. Tous mes sens sont alors en éveil pour être attentive aux patients qui se lèvent et surtout pour me faire une idée de ce qu'ils peuvent ressentir à ce moment de la journée* ».

Aucun des infirmiers convoqués à dialoguer leur action n'a fait état de la nécessité parfois de s'isoler pour se concentrer sur sa tâche et nous ne l'avons pas observé sur ces séquences. L'offre *suffisante* au sens de Winicott (1956), de disponibilité limiterait-elle alors le recours à la clôture comme moyen de limiter la demande ? Suffisante, ici, ne signifie pas d'activer une figure de bonne mère qui répondrait à toutes les sollicitations et, là-dessus, les précisions répétées des infirmiers confirment un socle de repérage constant. L'aspect lacunaire de l'institution permet ici une limitation de la tentation d'omnipotence réciproque du patient et du soignant et de ses risques d'enlèvement. Le sens d'une offre suffisante signifie que les sollicitations sont possibles.

Nos observations confèreraient-elles alors aux portes ouvertes un statut *d'actant* au sens de la sociologie de Bruno Latour (2006) ? Le statut d'actant concerne un être ou une chose et se définit par sa capacité à avoir un poids, une intensité dans le déroulement de l'action. Ou encore un statut « d'agencement collectif d'énonciation »

En tout cas, cette constante liée aux portes ouvertes parle une qualité du dispositif et le pose comme un acte.

Ce constat, nous l'avons fait lors de ces enquêtes, les relèves et les temps infirmiers *interstitiels* et *de respiration psychique* étaient faiblement perturbés par des demandes itératives. Nous avons remarqué que ces temps se déroulaient essentiellement portes ouvertes, sous le regard potentiel des patients, dont aucun ne se privait pas. Mais ils restaient au seuil, et pour la plupart, quand ils souhaitaient interférer sur ce temps, ils le manifestaient, outre l'interpellation, en tapant sur la porte alors ouverte, ou bien ils manifestaient leurs intentions en frappant sur une porte imaginaire ponctuée de *toc, toc, toc*. Les portes symboliques existent aussi et ce constat peut prendre une signification riche de sens en unité de psychiatrie.

Les portes ouvertes dans les unités d'hospitalisation temps plein adultes sont alors l'expression d'un fonctionnement d'unités et celle d'un niveau de disponibilité et d'accès à l'autre. Un détail du quotidien qui recouvre une richesse d'indications sur les pratiques de soins déployées et constitue un invariant opératoire relevé dans le cadre de cette recherche. Les portes ouvertes parlent le cadre de soins des unités et ont un effet-cadre dont les aspects structurants se situent à notre sens dans leurs potentiels symboligène

En conclusion

Différentes actions informelles ont été déployée autour de l'accueil de Rémi en hospitalisation.

Prise indépendamment les unes des autres, leurs effets sont moins perceptibles et directes. C'est bien leur maintien ensemble et leurs connectivités qui impriment une cohérence à l'ensemble de cette séquence d'admission.

Parmi les lignes de pensées organisatrices de ces pratiques, **nous pouvons retenir quelques axes.**

Accueillir, c'est aussi s'adapter à la situation du patient, s'en approcher progressivement là où il est, là où il en est. Il s'agit ici de mettre en avant la fonction de portage, de « holding » que peut représenter et incarner ici l'indication d'hospitalisation et donc de soins institutionnels. Un des objectifs est de contribuer à créer du familier, du connu, entendu comme du prévisible et du potentiellement rassurant.

La prise en compte de l'aspect déambulatoire, du corps y participe. Pour Rémi, nos actions ont pu générer une forme de conflit socio cognitif entre ses craintes, sans doute ses représentations, et la réalité de nos actions. La création de cette espace limite les points d'appui persécutoires. Un certain nombre de fonction, explicitation, réglage, action parlante relève de dimensions de cognition sociale, notamment par une démutisation des codes locaux et une limitation des défauts d'attribution d'intentions. Ces actions permettent à Rémi d'arriver. Les actions suivantes permettent à Rémi de se poser. **Il faut donc pouvoir se poser pour ensuite pouvoir déposer.**

Accueillir, devient accueillir la personne avant d'accueillir le problème, ou la maladie. A ce moment, et dans ces moments inauguraux, puis, dans les temps d'accompagnement au quotidien, nos actes peuvent devenir plus important que nos mots, les détails plus importants que la globalité. Citons P.C Racamier (1988): « *Nos actes et nos dispositifs seront alors plus significatifs que nos paroles* ». Citons Jacques. Hochmann (1984): « *Les patients psychotiques n'ont pas besoin de mots, ils ont besoin d'autres preuves* ».

Accueillir le patient est le premier temps de toute prétention soignante en psychiatrie. Il y a toujours deux temps dans nos démarches, un premier temps d'accueil et de rendre possible des rencontres, c'est le temps de la démarche clinique. Le deuxième temps sera celui du projet ou de la démarche de soins.

Jean-Paul Lanquetin - GRSI
Saint Cyr au Mont d'Or, le 13 mars 2017