



Revue SOUFFLES n° 217 – Intégralité de l'intervention de Bernard Claude
« Relation d'aide en psychiatrie ? »

Parler de la relation d'aide avec vous, ce pourrait être essayer de répondre du **rôle** de l'infirmier. C'est un rôle que confère le **statut** attaché au diplôme infirmier et le décret de compétences que valide ce diplôme qui autorise l'engagement dans cette relation d'aide auprès du patient. Je ne vais pourtant pas vous parler de cela. Pourquoi ? Parce que dans mon expérience de soignant, dans celle des collègues avec lesquels je travaille, bien qu'armé de ce statut, des connaissances acquises pour y être reconnu, bien que conscient du rôle attendu de moi, je vais cependant être bousculé, délogé, par la rencontre avec la folie.

Toute rencontre est susceptible de déranger celui qui s'y expose. Vous comme moi en avez fait l'expérience.

C'est encore la mienne cet après-midi. Je suis arrivé un peu inquiet : est-ce que ce que je vais dire va être à la hauteur de l'attente de ceux qui m'invitent à témoigner ? Ce n'est pas sûr et, déjà, je vous demande votre indulgence. Je suis un peu rassuré parce que je peux compter sur votre bienveillante écoute. Mais surtout, je présume que je partage avec vous certaines évidences : nous sommes entre humains raisonnables, assez maîtres de nos passions et de nos pulsions pour nous sentir en sécurité les uns avec les autres. Peut-être, si nous échangeons, ce que j'espère après ces quelques mots, exprimerez-vous des désaccords. Mais je crois que je ne vivrai pas vos remarques comme dangereuses. Peut-être certains seront-ils ennuyés ou agacés par ce que je vais dire mais, pour autant, ils ne m'insulteront pas ou ne me cracheront pas à la figure. Autrement dit, entre nous cet après-midi nous nous sentons capables de contenir en nous les affects qui nous traversent, de retenir en nous et donc de ne pas projeter sur l'autre les mouvements d'agacement, d'énervement que nous pourrions ressentir à son contact.

La rencontre avec la folie, quant à elle, nous confronte avec l'insensé dans l'autre, un autre qui nous révèle ce qu'il y a d'insu et d'insensé en tout humain. Mon intention d'aide, celle où m'engage mon rôle, me met au contact d'une personne qui, du fait de sa pathologie, ne partage pas les évidences qui nous sont communes. Quand je m'approche d'elle, quand je la rencontre, je ne peux pas facilement me représenter la manière dont elle éprouve son rapport au monde et aux autres, et l'effet que vont produire, mes paroles, mes expressions de visage, mon regard, mes gestes.

Vendredi soir, la semaine dernière, Odette, une infirmière, au moment du coucher, dit bonsoir à Juliette, une adolescente hospitalisée une nuit par semaine dans notre service, en alternance avec un foyer où elle est placée. Il avait été convenu avec elle de changer sa nuit d'hospitalisation : à partir de la semaine suivante elle viendrait le mercredi soir. L'après-midi, elle était déjà dans le service et paraissait sereine. Le contact avait même été chaleureux avec les soignantes. Or, soudain, quand Odette lui tend la main pour lui dire bonsoir, de manière imprévisible la poignée de main de Juliette devient serrage agressif et s'accompagne d'insultes. Elle ne paraît plus en mesure de contenir la violence qui l'habite. Les infirmières se sentent menacées et se réfugient dans la salle de soins. Elles appellent à l'aide. L'une d'elle peut repartir à la rencontre de la jeune et peut l'accompagner dans sa chambre.

Lundi matin nous nous interrogeons sur ce qui s'est passé : comment comprendre ce basculement de l'humeur et cette violence ? Nous évoquons sa peur d'être folle comme sa mère soignée elle-même en psychiatrie, sa convocation récente à la police pour des actes de violence



**Revue SOUFFLES n° 217 – Intégralité de l'intervention de Bernard Claude
« Relation d'aide en psychiatrie ? »**

anciens et les mots qu'elle a entendu des policiers entre eux à son propos : « je te passe le paquet », ses rapports difficiles avec certaines éducatrices du foyer, ses difficultés avec les moments de séparation qui ravivent sa peur d'être abandonnée, de perdre l'appui des adultes, elle qui a vécu tant de ruptures dans son parcours de vie... Nous partageons entre nous des hypothèses de sens sur ce qui s'est passé, sur cette violence qui a surpris parce qu'imprévisible et apparemment déliée de toute cause repérable.

Son médecin référent contacte le foyer pour fixer à Juliette un rendez-vous le jour même. Elle la voit avec les infirmières qui ont vécu ce moment difficile. Juliette fixe Odette d'un regard noir, menaçant. Il faudra du temps, il faudra trois quarts d'heure d'entretien pour que Juliette puisse expliquer qu'une semaine avant Odette l'avait invité à sortir de la chambre d'une autre jeune en lui touchant le bras pour l'accompagner. Geste anodin mais qui lui a fait revivre celui d'une éducatrice du foyer qui s'était interposée alors qu'elle fuguait du foyer dans un moment de colère et d'agitation et qui l'avait alors retenue par le bras. Un geste anodin et voilà 2 moments comme collés l'un à l'autre, qui font ressurgir comme s'ils étaient actuels des affects agressifs vécus dans un autre moment... Odette, infirmière expérimentée, au cours de cet entretien difficile a eu les larmes aux yeux. Juliette s'est moqué : « tu chiales »... « C'est les cas soc qui pleurent. Moi, pour que je pleure, il faudrait que ça aille vraiment mal ». « Mais non, Juliette, pour moi, quand tu pleureras, c'est que tu iras beaucoup mieux ». Juliette a pu s'excuser auprès d'Odette...

Dans la rencontre, Odette et ses deux collègues ont éprouvé la surprise d'un changement d'humeur inattendu et les sentiments que suscite une violence imprévisible et insensée. Chercher à comprendre le sens des affects éprouvés et créer une scène pour qu'ils se transforment a nécessité un vrai travail :

- pour les infirmières, après avoir enduré l'événement, il a fallu s'exposer à leurs collègues en réunion, oser partager ce qu'elles ont ressenti. pour l'une le souci de se mettre à l'écart pour que la distance puisse permettre à Juliette de s'apaiser et une sécurité interne suffisante pour retourner vers Juliette, pour Odette sa peur. Dépassant les tentations d'agressivité que peut susciter en tout un chacun la confrontation à la violence elles ont consenti à travailler sur des hypothèses de sens, elles ont créé avec le médecin une scène pour permettre autant que possible à Juliette de restaurer quelque chose de la relation abimée pour qu'ainsi elle se restaure elle-même, pour qu'elle fasse l'expérience de sa capacité à transformer son vécu interne, un vécu interne si fragile qu'elle est comme contrainte de l'intérieur de se présenter avec une cuirasse menaçante pour s'en défendre et ne pas se laisser à pleurer.
- Pour Juliette aussi il y a eu un vrai travail : le rendez-vous a été fixé le matin même. Elle en connaissait bien sûr l'objet. Aucun éducateur ne pouvait l'accompagner. Elle est venue seule en bus. Peut-on se représenter ce qu'il a fallu pour elle d'effort sur elle-même pour venir, pour se présenter à l'entretien, pour retenir à deux reprises la tentation de fuir l'entretien, pour reparler des événements et les associer à d'autres événements qu'elle avait vécus de manière persécutive.

Relation d'aide ? oui sans doute mais qui est passé par une véritable épreuve, épreuve mutuelle au sens d'un conflit qui fait souffrir, épreuve dans laquelle le corps lui-même est engagé,



Revue SOUFFLES n° 217 – Intégralité de l'intervention de Bernard Claude
« Relation d'aide en psychiatrie ? »

épreuve au sens de l'épreuve photographique, au sens où se révèle aussi pour chacun de nouveaux aspects de lui-même auxquels il peut avoir accès.

Je voudrais donc d'abord témoigner de cela : bien sûr le soignant est là avec l'arrière-plan de son statut, de ses compétences, du rôle qui lui est attribué, bien sûr le patient est là avec les signes manifestes de sa pathologie, mais le soin commence avec cette mise à l'épreuve de nous-mêmes dans la rencontre entre deux sujets qui portent chacun leur histoire de vie, leurs histoires de liens et de ruptures, leurs expériences heureuses et douloureuses : c'est dans cette mise à l'épreuve que la « **fonction soignante** » devient possible. Je dis « **fonction** » soignante car là, je ne suis plus dans le souci de la conformité à un rôle qui m'est prescrit et qui définirait a priori la forme de mon action sur l'autre, mais de la **résultante d'une rencontre** entre deux sujets où s'est joué, peut-être, pour le patient, la possibilité d'une transformation qui ne me laisse pas indemne moi-même, soignant. Le soin en psychiatrie est ainsi toujours une « **co-construction** » dans laquelle le patient est acteur et où le soignant est appelé à être patient, à supporter de s'exposer comme **surface d'inscription des affects** qui traversent le monde psychique de l'adolescent, de l'adulte qui ne dispose pas des moyens de les contenir dans une enveloppe de significations, dans la représentation, dans la narration qu'il se fait de son histoire subjective.

Le soin est donc une construction intersubjective. Si le soignant y rencontre et y reconnaît des symptômes de la psychopathologie du patient, s'il lui arrive de nommer, de catégoriser ces symptômes, le soin ne commence que dans la mise à l'épreuve de la rencontre de deux sujets. Si le soignant se donne à voir comme soignant, avec ou sans blouse, au patient qui donne à voir ses symptômes, le soin ne commence que dans la prise de risque de la rencontre. Mais cette prise de risque appelle un peu d'appareillage. C'est peut-être le deuxième point que je voudrais vous proposer.

Les symptômes du patient sont sa béquille, la manière dont il tente de rétablir un équilibre psychique en péril et la souffrance de penser par une position psychique, par des modes de défense psychiques « antalgiques » mais qui affectent gravement son être-au-monde et aux autres. La rencontre est donc une gageure. Elle ne s'improvise pas. Elle appelle le montage de médiations qui sont des aménagements pour rendre tolérable la rencontre interhumaine et ainsi créer pour le patient des **expériences non dangereuses** où il puisse tenter de faire et de répéter des transformations parfois minimes qui contribuent à assouplir des mécanismes de défense psychique rigidifiés et paralysant. Ces médiations s'appuient sur la créativité des soignants : ateliers à médiation corporelles, ateliers terre, ateliers écriture, ateliers conte, atelier journal, etc... ces ateliers rassemblent un groupe de patients avec des soignés. Le contenu de la médiation n'est qu'un prétexte. Il ne s'agit pas à l'atelier cheval d'apprendre à monter, il ne s'agit pas à l'atelier terre de s'occuper à faire des objets... Ce sont des scènes où peuvent se jouer les angoisses, s'exprimer les troubles, se mettre en jeu les mécanismes psychiques. Il y a aussi des prises en charge au plus près du corps qui s'automutile, du corps qui s'est construit dans une hypertonie dure. Chaque atelier est un lieu d'expérience partagé entre soignants et patients proposé pour apaiser, identifier et assouplir des mécanismes psychiques trop rigides.

L'appareillage ce peut être également la réflexion sur la mise en place d'un traitement qui pourrait faciliter la tranquillité interne du patient, la contenance des pulsions qui le traversent. Elle appelle la définition d'un cadre de soin, d'un parcours que le patient puisse identifier.



Revue SOUFFLES n° 217 – Intégralité de l'intervention de Bernard Claude
« Relation d'aide en psychiatrie ? »

Cet appareillage est construit autour du sujet. Il fait l'objet d'une prescription médicale qui s'appuie sur une réflexion clinique partagée qu'il faut constamment réévaluer. Nous sommes attachés dans le service à une expression pour en parler : il s'agit de tailler au patient un « **costume sur mesure** » qui est donc le contraire du « prêt-à-porter » standard, protocolisé. En tout cas, les protocoles de soin qui existe dans certaines circonstances, par exemple autour de la contention, de la mise en chambre d'isolement, etc... ne peuvent jamais prendre la place d'une réflexion clinique sur le sujet en souffrance. Ils indiquent un minimum de sécurité : par exemple, un patient en chambre d'isolement doit bénéficier de passages réguliers, d'une surveillance des constantes...

Prendre le risque de la rencontre, ajuster un appareillage sur mesure, mais aussi, et ce sera si vous voulez une troisième exigence de la relation de soin : s'engager dans une **continuité** suffisante. La rencontre inaugure un engagement et exige un engagement de continuité : si la pathologie attaque les liens et menace l'estime de soi du patient, elle attaque aussi le sentiment continu d'exister qui nous permet communément d'avoir conscience d'être le même quels que soient les aléas de notre histoire de vie. La temporalité de Juliette dont je parlais plus haut est marquée de ruptures dans le réel de sa vie du fait de la fragilité du portage dont elle a pu bénéficier du fait de la fragilité psychique de sa mère, du fait d'avoir été confié d'institution en institution. La possibilité pour elle de se sentir exister de manière continue dans une histoire qui puisse prendre sens et perspective pour elle en est gravement affectée. Un geste anodin la replonge dans les éprouvés d'un événement précédent sans que soit perceptible pour elle la distinction des temps. Le travail qui s'est fait avec elle est aussi une tentative de sortir de cette confusion et de tisser du lien entre les événements et les affects qui y sont associés, de réparer le geste d'hier pour rendre possible des retrouvailles apaisées demain avec les soignantes qu'elle retrouvera. Que serait devenu pour Juliette cet événement de violence agie, de violence subie pour Odette si elles se retrouvaient face à face sans qu'ait eu lieu élaboration, cet effort de pensée pour en comprendre le sens, pour associer les affects éprouvés à des moments significatifs de l'histoire de Juliette et qui l'agissent encore à son insu. On peut penser que s'ouvrirait là une destinée de répétition stérile et dangereuse.

Pour déplier cet événement et son contexte, pour construire la scène de la consultation partagée avec le médecin, les infirmières concernées et Juliette il a fallu que nous prenions le temps de penser ensemble. Voici un quatrième point que je voudrais souligner. Le **temps de réunion**, d'élaboration, pour nous, est constitutif du soin en ce sens qu'il permet de transformer en nous-mêmes, soignants, les éprouvés de colère, de douleur, d'impuissance, que ne manque pas de susciter en nous cette rencontre improbable avec les patients. C'est un temps où nous pouvons associer librement entre nous à partir de chacune de nos expériences, où nous pouvons faire tiers les uns pour les autres, nous interroger mutuellement pour recueillir dans cet échange des hypothèses de sens qui nous permettent d'échapper à l'impensable destructeur en nous peut-être du désir de soigner, de repartir à la rencontre après l'épreuve ou l'échec. C'est un temps nécessaire de restauration du désir de soigner.

Ce travail d'élaboration est également nécessaire pour protéger du risque de rupture qui résulte des attaques du lien que provoque la pathologie. Je parlais des éprouvés différents vécus par les



Revue SOUFFLES n° 217 – Intégralité de l'intervention de Bernard Claude
« Relation d'aide en psychiatrie ? »

deux infirmières : la sécurité interne pour l'une malgré les menaces qui l'a autorisée à retourner vers Juliette, la peur pour l'autre. On voit là ce que peut entraîner aussi de sentiment de disqualification interne mais aussi de risque de disqualification mutuelle. Le collectif soignant exposé à l'expression de la pathologie et aux effets singuliers qu'il produit sur chacun est ainsi menacé de clivage. Et c'est vraiment tout un travail que de reprendre sans cesse l'enveloppe soignante en accueillant sans jugement la diversité des éprouvés, en les accueillant non pas comme des indicateurs de la compétence de l'un ou de l'incompétence de l'autre, mais comme l'effet de projections qui nous renseignent tous sur la complexité du monde interne du patient, sur son ambivalence, sur la déliaison qui affecte son monde interne.

Prendre le risque de la rencontre, ajuster un « appareillage » sur mesure, s'engager dans une continuité suffisante, prendre le temps de penser et d'élaborer ensemble à partir de ce qui est éprouvé dans la rencontre, cela ne peut se faire, me semble-t-il, sans des liens suffisamment bons sur lesquels chaque soignant puisse s'appuyer dans la rencontre. **Prendre soin des liens entre soignants dans l'institution** me paraît une condition de possibilité de ce que j'ai tenté de dire du soin en psychiatrie.

Pour qu'Odette et ses collègues, ensemble, aient pu évoquer sans se sentir en danger, ce qu'elles ont éprouvé un certain nombre de conditions étaient nécessaires.

Je ne suis pas soignant tout seul dans le face à face avec le patient. Je ne peux être soignant que dans un lien suffisamment bon avec les autres soignants pour pouvoir m'ouvrir à eux dans le cadre de travail qu'est la réunion et partager tranquillement, en toute sécurité, ce que j'ai ressenti. J'ai évoqué ici une situation actuelle vécue dans mon service. Nous aurions pu aussi évoquer les sentiments de dégoût que suscite le contact avec le patient adulte que le matin je retrouvais jeune infirmier dans une chambre souillée du sol au murs par ses excréments, de la difficulté à retrouver quelque chose d'une humanité commune dans ces jeunes adultes psychotiques sans langage et déformés jusque dans leur corps par leur pathologie et que j'allais faire manger, de ce patient qui chaque matin au moment de la toilette mettait tant de temps à s'habiller tellement il hésitait entre les vêtements qu'il fallait ensuite ranger de nouveau dans son armoire, de mon embarras quand en pleine rue, ce patient schizophrène que j'allais chercher à son domicile se mettait à crier et appeler princes et armées à son secours dans un délire bruyant qui le faisait écarter et menacer mon collègue qui avait le malheur de porter le même prénom que son père. Se retrouver confronté à ses peurs, à sa propre agressivité, peut-être à des pulsions sadiques qu'on identifie en soi dans la confrontation à la violence impensable chez l'autre, ou au contraire à des mouvements affectifs qui nous portent à nous identifier à la souffrance du patient, se sentir fragilisé et se mettre en retrait, tout cela ne peut se mettre au travail que si l'ambiance, le climat des relations entre soignants le permet.

La posture intérieure qui me permettra de m'exposer à la rencontre avec le patient dépendra, me semble-t-il, de la possibilité qui me sera donnée de partager ce que cette rencontre me fait éprouver avec le groupe soignant auquel j'appartiens.

Ce que je viens de dire appelle une réflexion sur les relations hiérarchiques : occupent-elles tout le champ des relations au sein du service de soin au risque que la crainte d'être mal jugé empêche l'expression de ses doutes, de ses éprouvés, de ses inquiétudes ? Ou bien existe-t-il



**Revue SOUFFLES n° 217 – Intégralité de l'intervention de Bernard Claude
« Relation d'aide en psychiatrie ? »**

des espaces de parole qui soient protégés de ce risque ? existe-t-il un champ dans lequel s'effacent les relations hiérarchiques pour faire place à ce que Pierre Delion appelle la « hiérarchie subjectale » dans laquelle chacun peut parler à la première personne sans risque de jugement.

Pour que la « fonction soignante » puisse se produire, il faut vraiment prendre soin de la qualité des relations entre soignants eux-mêmes de tous statuts et de toutes compétences.

Voilà quelques points, cinq points qui se tiennent, complémentaires et articulés comme les cinq doigts de la main et que nous tentons là où je travaille de soutenir. Ce n'est pas le paradis, ce n'est pas l'harmonie permanente, ce n'est pas un espace protégé des conflits. Mais la conscience de la fragilité qui est la nôtre dans cette expérience collective d'un service nous invite justement à les prendre en compte pour les mettre au travail qu'il s'agisse de nos fragilités individuelles ou de la fragilité des liens entre nous exposés qu'ils sont à la pathologie de nos patients.

Cinq points auxquels nous tenons mais qui sont eux aussi mis en question par la pression des questions économiques qui pèsent sur la santé : le temps de penser deviendra-t-il superflu dans la quête de productivité et de résultats à laquelle sont exposés les hôpitaux avec l'évolution de leurs modes de financement ? La continuité du soin et de l'engagement soignant auprès des patients résistera-t-elle à des méthodes de management qui ignoreront les exigences complexes et singulières de la clinique ? La tentation sécuritaire qui suggère un principe de précaution généralisé avec son cortège de protocoles laissera-t-elle une place à la créativité subjective des soignants ? Le souci de l'efficacité immédiate autorisera-t-il le lent travail psychique qu'appelle l'advenue d'une plus grande liberté interne du sujet ?

Voilà, j'ai essayé de partager avec vous quelques mots pour témoigner de ce que nous tentons de vivre dans le soin. Si nous sommes traversés par beaucoup d'incertitudes, par nombre de questions sur l'avenir du soin, nous nous appuyons sur quelques convictions pour soutenir notre travail avec passion souvent et découragement parfois. Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion d'en témoigner.