



INTERVENTIONS INFIRMIERES EN SOINS PSYCHIATRIQUES : MONOGRAPHIE SUR LE TRAVAIL DE MILIEU

**A la Fondation de Nant,
dans les secteurs hospitalier, intermédiaire et résidentiel**

Rapport final mars 2009

Françoise Cinter, requérante principale, professeur à la HEdS, Genève
Anne-Claude Allin, co-requérante, professeur à la HEdS La Source, Lausanne
Raymond Panchaud, directeur des soins de la Fondation de Nant, Corsier-sur-Vevey



Avec le soutien financier de La Loterie Romande, la Fondation Leenaards, Nestlé S.A., la Haute Ecole de Santé – Genève, la Fondation de Nant et la Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne.

Fonds stratégique de développement HES-S2 : Requête Ré-Sa-R 06-06 /1 / G70.

Protocole d'étude approuvée par la Commission d'Ethique de la recherche clinique, Sous-Commission III (Psychiatrie), UNIL, Faculté de biologie et de médecine. Protocole 122/06

Remerciements

A toutes et tous ceux qui ont réussi à croire qu'un jour nous parviendrions à conduire et achever cette recherche et ce malgré tout ce que nous avons à faire par ailleurs !

Par les temps qui courent, vouloir s'arrêter pour faire le point sur ses valeurs et sur leur mise en acte, tel a été le défi que s'est posée la Fondation de Nant dans cet objet de recherche. Souhaiter partager cette réflexion en s'associant avec deux sites de la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO) a été un partenariat riche et vivant.

Le plus grand enjeu pour tous aura été de réaliser cette recherche bien souvent en marge des réalités quotidiennes de nos terrains professionnels respectifs, ce qui peut paraître une gageure pour le travail du milieu étudié ici.

Nous tenons à remercier tout particulièrement Mmes Cristina Feireira, professeur à la HEdS-Ge et Mme Mireille Cifali Bega, professeur à la Faculté des Sciences de l'Education à l'Université de Genève, pour leurs soutiens et leurs encouragements, leurs conseils pertinents tant sur le plan méthodologique que dans la rédaction de ce rapport final.

Enfin cette recherche n'aurait pas pu voir le jour sans le soutien financier octroyé par la Loterie Romande, la Fondation Leenhards, et Nestlé. Qu'ils en soient ici vivement remerciés.

Un tout grand et particulier MERCI s'adresse à Marianne Kuffer, secrétaire de la filière soins infirmiers à la Haute Ecole de santé de Genève, dont la finalisation de ce rapport aura été la dernière contribution professionnelle avant qu'elle quitte ce monde.

PLAN DU RAPPORT DE RECHERCHE

1.- Rappel des objectifs du mandat de recherche	5
2.- Organisation de la recherche	7
2.1.- Groupe de pilotage	7
2.2.- Equipe de recherche	7
2.3.- Groupe de résonance	8
2.4.- Financement de la recherche	8
3.- Méthodologie	9
3.1.- Approche méthodologique	9
3.2.- Différentes phases et outils de recherche	9
3.2.1.- Phase I : entretien exploratoire	9
3.2.2.- Phase II : observation flottante	9
3.3.- Ebauche d'une collaboration internationale	11
3.4.- Précautions éthiques	11
4.- Concept du « milieu » en psychiatrie	12
Préambule	12
4.1.- Références historiques	12
4.2.- Références conceptuelles et de pratiques du « travail de milieu »	14
4.3.- Fonctions du milieu selon Gunderson (1978)	15
4.4.- Travail infirmier et travail de milieu : problématique.	18
5.- Analyse et Résultats	21
5.1.- Méthodologie d'analyse	21
5.1.1.- Axes d'analyse : le temps et l'espace	21
5.1.2.- Entretiens et travail du matériel récolté	22
5.1.3.- Limites et conditions d'observation sur le terrain	23
5.2.- Présentation des lieux de l'étude	24
5.2.1.- Fraidieu : Unité résidentielle hospitalière (URH)	24
5.2.2.- Vaudaire : Unité hospitalière de soins aigus de psychiatrie adulte	25
5.2.3.- Centre Thérapeutique de Jour (CTJ)	26
5.3.- Portraits des infirmiers interviewés	28
5.3.1.- Fraidieu : Unité résidentielle hospitalière (URH) : Portrait infirmier	28
5.3.2.- Vaudaire, Unité hospitalière de soins aigus de psychiatrie adulte : 4 Portraits infirmiers	28
5.3.3.- Centre Thérapeutique de Jour (CTJ) : 2 Portraits infirmiers	30
5.4.- Le temps construit et géré comme dimension de l'offre en soins	31
5.4.1.- Organisation et gestion du temps à Fraidieu	32
5.4.1.1. Temps construit par les patients	32
5.4.1.2. Temps des soignants : conjugaison entre être avec les patients et gestion de l'unité.	33
5.4.2.- Organisation et gestion du temps à Vaudaire	34
5.4.2.1. Temps institué et activé dans le « faire » par les soignants	34
5.4.2.2. Temps infirmier : « être » avec le patient	36
5.4.2.3. Perception du temps par les patients	37

5.4.2.4. Temps valorisé par l'équipe soignante	39
5.4.2.5. Temps d'exposition et de retrait	40
5.4.3.- Organisation et gestion du temps au CTJ	41
5.4.3.1. Temps construit par les soignants pour les patients	41
5.4.3.2. Contraintes pour les soignants entre le temps communautaire et le temps individuel	42
5.4.3.3. Longueur de temps pour un travail à long terme	43
5.4.4.- Synthèse sur le rapport au temps dans les 3 secteurs étudiés : le résidentiel, l'hospitalier et l'intermédiaire	44
5.4.5.- Typologie du temps et mise en perspective	46
5.5.- Environnement et espace comme déterminants de la pratique de soins	50
5.5.1.- Configuration de l'espace délimitant l'espace réservé et l'espace partagé	50
5.5.1.1. Définition et perméabilité des espaces soignants-patients	50
5.5.1.2. Espaces différenciés liés aux spécificités et à l'organisation des prises en soins	52
5.5.2.- Configuration architecturale et habitus d'observation	52
5.5.2.1. Maintien du contact visuel : fonction de contention	53
5.5.2.2. Habitus d'observation et charges psychiques	54
5.5.2.3. Self-contrôle, contrôle sur un environnement psychotique et travail du milieu	54
5.5.2.4. D'autres perspectives	55
5.5.3.- Espace et dynamique de communication : une question de tempo	56
6.-Discussion de l'hypothèse posée	59
6.1.- A Fraidieu, secteur résidentiel : les fonctions de validation et de soutien	59
6.2.- A Vaudaire, secteur hospitalier de soins aigus : les fonctions de contention et de structuration	63
6.3.- Au CTJ : les fonctions de mobilisation et de soutien	70
6.4.- Synthèse	78
7.- Bilan et perspectives	79
7.1.- Bilan	79
7.1.1.- Rapport au milieu, de l'exposition au retrait	79
7.1.2.- Opposition activités structurées et non-structurées	80
7.1.3.- Redéfinition du travail de milieu et de la fonction de contention	81
7.1.4.- Rapport au savoir et dimension identitaire	82
7.2.- Perspectives	83
7.2.1.- Perspectives pour la pratique	83
7.2.2.- Perspectives pour la formation	84
7.2.3.- Perspectives pour la recherche	85
BIBLIOGRAPHIE	86

1.- Rappel des objectifs du mandat de recherche

Pour cette recherche, la demande adressée par notre partenaire de terrain, la Fondation de Nant, pose comme objectifs de :

Comprendre le « désinvestissement » d'une partie du travail de milieu dans l'objectif de le relancer

Mettre en évidence, décrire et catégoriser les prestations infirmières liées au travail non structuré (travail du milieu) en psychiatrie adulte afin de faire émerger le contenu et les compétences inhérentes à ces activités.

Discuter le caractère professionnel de ces activités dans la perspective de nouvelles modalités de financement des soins hospitaliers et ambulatoires (passage probable d'un financement d'un forfait journalier à un financement à l'activité/intervention).

A cette visée anticipatrice des sollicitations externes auxquelles ces objectifs devraient répondre, une interrogation interne partagée par les différents responsables des unités de soins nous a été soumise. De leur point de vue, il leur semblait que les infirmiers¹ désinvestissaient les activités relevant du « travail de milieu » et qu'ils privilégiaient et s'investissaient davantage dans les activités dites structurées telles que les entretiens par exemple. Leur demande était d'évaluer la pertinence ou non de cette perception et le cas échéant d'en comprendre les raisons.

En effet, les contraintes économiques actuelles imposées aux différents milieux de soins, et plus particulièrement celles qui touchent les milieux hospitaliers, visent entre autres, à proposer un financement à l'activité, à promouvoir l'ambulatoire et à introduire de nouvelles catégories de professionnels moins coûteuses telles que les assistants en soins et en santé communautaire (CFC d'ASSC) par exemple. Dans ce contexte de contraintes économiques, le groupe professionnel le plus réinterrogé dans sa légitimité, ou plutôt dans les dimensions de son travail, sont les infirmiers. De fait cette catégorie de soignants constitue la masse salariale la plus importante des structures sanitaires en Suisse de par la dotation et le ratio élevé de professionnel qualifié « au lit du patient » comparativement à nos voisins européens.

Si jusque là, notre pays peut se prévaloir de son système de santé publique comme étant l'un des meilleurs au monde, il semblerait que l'avenir de celui-ci s'inscrive, chez nous comme ailleurs, dans des lois de marché où le coût, la concurrence et la comparaison deviennent des éléments du financement et surtout où le financement s'inverse dans le sens où l'on passe d'un financement garanti par budget à un financement à l'activité.

Ainsi, un des enjeux des résultats de notre recherche pour notre partenaire de terrain est aussi de savoir comment comprendre sa conception des soins dans un tel contexte. En effet, son approche de soins se réfère à un modèle psycho-dynamique qui s'inscrit plus spécifiquement dans les perspectives du modèle élaboré par Gunderson et de sa définition du « travail du milieu ». Conscient que ce référentiel institutionnel précieux - qu'il souhaite défendre - ne lui permet pas de répondre aussi simplement aux injonctions de mise en visibilité, de catégorisation rationnelle, nous sommes amenés à explorer ensemble les dimensions du travail infirmier dans le contexte institutionnel de trois dispositifs de la Fondation de Nant : hospitalier, intermédiaire et résidentiel.

¹ Afin d'alléger la lecture nous renonçons à l'écriture épïcène et optons pour privilégier le genre masculin en regard de sa prédominance dans le personnel infirmier en psychiatrie.

Dans cette démarche, la volonté est d'anticiper des demandes politico-économiques qui pourraient survenir, remettant en cause, sur des critères de coût-efficacité, le système de soins proposé actuellement à la Fondation de Nant. La perspective est d'avoir des arguments tangibles pour qualifier la nature du travail des infirmiers en psychiatrie, tout au moins dans leur institution.

Objectifs

- Décrire le travail de milieu et en discuter le caractère professionnel infirmier.
- Comprendre le désinvestissement d'une partie du travail de milieu par les infirmiers de Nant.
- Identifier les similitudes et les différences du travail de milieu entre les secteurs hospitalier, intermédiaire et résidentiel. (Hypothèse: les fonctions du milieu diffèrent selon la mission du secteur).

Ce rapport de recherche se compose de trois parties principales, elles-mêmes subdivisées en différents chapitres.

La première partie introductive à l'ensemble de notre démarche rappelle les objectifs du mandat de recherche (chapitre 1), l'organisation de ce projet de recherche (chapitre 2) et la méthodologie déployée (chapitre 3). Enfin, le concept du « milieu » en psychiatrie est présenté à la fois dans une perspective historique, dans ces différentes références théoriques, et dans la problématique qui est posée par l'articulation du travail infirmier et le travail du milieu (chapitre 4).

La deuxième partie est consacrée à la présentation de l'analyse et des résultats (chapitre 5). Un premier sous-chapitre précise notre méthodologie d'analyse reposant sur deux axes principaux : le temps et l'espace. Nous y présentons également notre traitement du matériel récolté et certaines limites en lien avec notre démarche d'observation. Suit une présentation des trois secteurs choisis pour cette étude à la Fondation de Nant (hospitalier, intermédiaire et résidentiel) ainsi que les portraits des infirmiers interviewés travaillant dans ces trois lieux. Nous terminons cette seconde partie en développant en deux volets notre analyse descriptive du rapport au temps et à l'espace dans ces trois services de soins. Pour ce faire, nous faisons dialoguer les propos des professionnels recueillis lors des entretiens avec nos propres observations de terrain.

La troisième et dernière partie conclut notre rapport par une discussion de l'hypothèse de départ (chapitre 6) suivi d'un bilan de nos principaux résultats et d'une mise en perspective de pistes de travail qui peuvent être poursuivies.

2.- Organisation de la recherche

2.1.- Groupe de pilotage

Ce groupe constitué de Mmes A-C. Allin et F. Cinter et de Mr R. Panchaud, a travaillé, dès la demande initiale jusqu'à la rédaction du rapport final, à tenir le fil rouge de cette recherche.

Il a préparé, convoqué et animé aussi bien les séances de travail de l'équipe de recherche que celle du groupe de résonance.

La recherche des sources de financement a été assurée concrètement par les membres de ce groupe de pilotage. Dans l'entre-deux, il a aussi assuré la préparation et le suivi des différentes étapes de la recherche.

Enfin, les membres de ce groupe ont initié tant à l'interne de la Fondation de Nant (séances de secteurs) qu'à l'externe (lors de Congrès en Soins infirmiers), des communications sur différents aspects de la recherche en cours.

2.2.- Equipe de recherche

L'équipe de recherche est formée d'une part par les chercheuses de la HES-SO, et d'autre part par des cadres infirmiers, des cliniciens et l'économiste de l'institution de Nant qui sont :

- Françoise Cinter, requérante principale, professeur à la HEdS, Genève
- Anne-Claude Allin, co-requérante, professeur à la HEdS La Source, Lausanne
- Raymond Panchaud, directeur des soins de la Fondation de Nant
- André Daetwyler, Christian Cornu, Michel Miazza, Yves Donon, cadres infirmiers à la Fondation de Nant
- Marion Buhlmann et Jonathan Vaughan, infirmiers cliniciens à la Fondation de Nant.
- Thierry Ruchet, économiste à la Fondation de Nant.

La recherche est commandée par le partenaire de terrain. Dès la constitution de l'équipe de recherche, toutes les décisions en matière d'orientation, de méthode de recherche et d'analyse sont prises par l'équipe dans son intégralité. C'est là que réside l'originalité de ce projet, en ce qu'il est mené conjointement par le commanditaire (partenaire de terrain) et les chercheuses de la HES-SO. Les moments-clés ci-dessous ont été déterminés au sein de l'équipe de recherche:

- Détermination des questions de recherche
- Recherche des sources de financement
- Détermination des phases de la recherche
- Choix et élaboration des outils d'investigation
- Réorientation du projet en cours de réalisation
- Méthodes d'analyse des données

L'équipe de recherche constitue un réel partenariat au sein duquel chaque partenaire est respecté dans ses attentes et ses choix. Ce partenariat est constitué de praticiens-chercheurs, certains étant plus chercheurs, d'autres plus praticiens. La complémentarité et la confrontation des regards apportent à cette recherche toute sa richesse.

2.3.- Groupe de résonance

Par ailleurs, pour assurer un regard extérieur à la recherche, un groupe de résonance est constitué. Comme pour tout projet à la Fondation de Nant, ce groupe est pluridisciplinaire. Il est garant du suivi du projet, des réaménagements du calendrier et des aspects éthiques de la démarche. Il est composé de :

- Dr Guignard, médecin répondant des Unités intermédiaires
- Mme B. Mezzo, psychologue du service de psycho-gériatrie
- Quatre membres de l'équipe de recherche : Françoise Cinter, Anne-Claude Allin, Raymond Panchaud et Thierry Ruchet.

2.4.- Financement de la recherche

Le financement a été couvert par les ressources internes des différentes institutions partenaires et par des fonds privés de la Loterie romande, la Fondation Leenaards, le Fonds stratégique HES-S2 et Nestlé dont la répartition se trouve dans le tableau ci-dessous :

FINANCEMENT	
Fonds de tiers :	Frs
Loterie Romande	40'000.-
Fondation Leenaards	31'250.-
Fonds stratégique HES-S2	18'000.-
Nestlé	10'000.-
Total des apports	99'250.-

Le budget total de la recherche se monte à 183'200.-. La répartition finale s'est effectuée comme suit :

	Charges	Financement fonds tiers	Financement interne
HEdS Genève	95'400.-	47'700.-	47'700.-
Fondation de Nant	57'400.-	26'550.-	30'850.-
HEdS Lausanne	10'800.-	5'400.-	5'400.-
Sous-traitance et autres frais	19'600.-	19'600.-	-
Total	183'200.-	99'250.-	83'950.-

3.- Méthodologie

3.1.- Approche méthodologique

Cette recherche se déroule selon une démarche qualitative, de type exploratoire en deux phases. Elle vise à décrire et comprendre les activités infirmières de la Fondation de Nant.

3.2.- Différentes phases et outils de recherche

3.2.1. Phase I : Entretiens exploratoires

Echantillon : 10 infirmiers de la Fondation ont été interviewés. Leur participation a été volontaire et les professionnels interrogés sont représentatifs des trois secteurs concernés par la recherche (hospitalier, intermédiaire et résidentiel).

Outil d'investigation : entretien semi-dirigé avec pour canevas les portes d'entrée suivantes :

- Descriptions des activités infirmières lors d'une journée dite « standard ».
- Récit d'une situation dans laquelle l'infirmier s'est senti particulièrement aidant.
- Commentaire « affectif » par rapport à ces activités (lesquelles sont préférées, évitées par la personne et pourquoi).
- Commentaire « analytique » par rapport à ces activités (lesquelles sont considérées comme soignantes ? En quoi et pourquoi ?).
- Questions plus conceptuelles concernant le cadre théorique de la Fondation, à savoir les 5 fonctions du travail du milieu de Gunderson (1978).

Méthode d'analyse : Analyse thématique qui a consisté à repérer les thèmes présents dans le corpus de données, à regrouper sous les thématiques les propos significatifs des interviewés, les définir et les discuter, les mettre en relation. Nous avons interprété la présence ou l'absence de discours selon les thématiques pour en discuter l'importance, la récurrence.

Ce travail s'est déroulé en deux phases. La première juste après la conduite des entretiens qui a mis en exergue certains points de vue des professionnels interviewés et que nous avons souhaité explorer plus avant dans notre démarche d'observation. Lors de la rédaction finale du rapport, nous sommes retournés au matériel des entretiens que nous avons retravaillé par thématiques. Ceci nous a permis d'enrichir notre analyse en y intégrant les propos des infirmiers interviewés.

3.2.2. Phase II : Observation flottante²

Lieux d'observation : Trois services de l'institution représentatifs des trois secteurs de soins -hospitalier, intermédiaire et résidentiel- ont été retenus dans cette étude. Les services ont été choisis par le groupe de pilotage sur ce critère de représentativité en lien avec notre objet et questionnement de recherche.

² L'observation flottante est une méthode prônée par Colette Pétonnet, anthropologue « Elle consiste à rester en toute circonstance vacant et disponible, à ne pas mobiliser l'attention sur un objet précis, mais à la laisser « flotter » afin que les informations la pénètrent sans filtre, sans a priori, jusqu'à ce que des points de repères, des convergences, apparaissent et que l'on parvienne alors à découvrir des règles sous-jacentes » (Pétonnet, 1982). <http://www.cours-gratuit.org/lexique-de-sociologie>, consulté le 27 mars 2008.

Objectifs de l'observation :

Nos objectifs d'observation ont porté tout d'abord sur « aller voir » ce qui se passait dans les différents terrains définis pour cette recherche par notre partenaire de terrain.

Ce besoin d'immersion est né suite à la première analyse du matériel récolté lors des entretiens exploratoires. Le discours élaboré par nos interlocuteurs ne nous permettait pas, de notre point de vue, d'appréhender des pistes de réponse aux questions de recherche posées.

Notre démarche s'inscrit dans ce que propose Pétonnet (1982) ; nous avons souhaité nous laisser « flotter », disponibles et réceptifs pour tenter de capter et repérer dans leur travail au quotidien ce que les professionnels ont si bien incorporé qu'il leur est difficile de l'explicitier et pour nous de l'appréhender dans leur propos

Outil d'investigation :

Selon Mucchielli (1996, p.147), « la méthode [d'observation participante] requiert en effet de décrire le réel, le quotidien, les institutions, les comportements sociaux, à partir d'une relation humaine ». La requérante principale a passé quatre journées entières, par séquence de deux fois deux jours, dans chaque service. Nous avons opté pour une observation « à découvert » qui a permis de clarifier à chaque fois avec les différents interlocuteurs observés (différents professionnels et patients) les raisons de notre présence et selon les situations d'interroger les professionnels pour être sûre de saisir le sens de leurs interventions.

Pour des raisons éthiques liées au cadre thérapeutique, aucun enregistrement n'a été effectué. En effet, à la Fondation de Nant, le cadre est très clair pour les patients. Il est interdit d'enregistrer tout entretien et réunion avec quelque matériel que ce soit ; il a été décidé, au sein du groupe de résonance, qu'il en serait de même pour l'observatrice dans le cadre de cette recherche. L'analyse des données repose donc exclusivement sur les notes de terrain prises pendant et tout de suite après l'observation et sur le vécu de l'observatrice. Selon Peneff, « L'observation directe est particulièrement adaptée pour enquêter sur « les comportements qui ne sont pas facilement verbalisés, ou qui le sont trop » (Peneff, 1992, p.223) ; on risque de n'accéder qu'à des réponses convenues. Elle est également féconde pour saisir les « pratiques non officielles » qu'elles soient occultées ou « très visibles, quoique perçues comme trop peu "légitimes" par les acteurs pour qu'ils songent à les évoquer », ou bien encore « trop banales pour que les enquêtés y prêtent attention » (Schwartz, 1993, pp.267-268)

Méthode d'analyse :

Notre posture en extériorité de la plupart des interactions directes entre les patients et les professionnels a ouvert le champ de nos observations aux conditions de travail des infirmiers en psychiatrie sous l'angle d'un quadrillage temporel et spatial.

Bien que d'une certaine façon on puisse nous reprocher une déviation de l'attention portée à la problématique posée initialement sur le « travail du milieu », nous défendons l'originalité de cette approche. En effet, notre travail d'observation et d'analyse a permis d'explicitier ce qui échappe à la conscience des acteurs tant ils sont familiarisés, tant ils font « corps » avec les murs et la philosophie de l'institution.

3.3.- Ebauche d'une collaboration internationale

Entre la première et la seconde phase, une supervision est demandée au Dr Maritta Välimäki, professeur de la Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Turku (Finlande). Une collaboration avec cette faculté est envisagée pendant quelques semaines. Toutefois, cette collaboration nécessiterait une réorientation du projet, vers une approche plus quantitative, visant à valider des standards d'interventions infirmières nord-américains, incluant le travail du milieu dans les responsabilités infirmières. Après quelques semaines de réflexion, l'équipe de recherche renonce à cette collaboration compte tenu de la réorientation et de la nécessité de redimensionner le projet que cela engendrait.

3.4.- Précautions éthiques

La commission éthique, dans sa séance du 26 juin 2006, a rendu un avis positif selon le protocole remis de la version du 30 mai 2006. Il s'agit d'une procédure ordinaire : « La commission ne voit aucun problème éthique à la réalisation et à l'acceptation de votre étude. » L'avis est signé par le Professeur Frederic Stiefel, président de la sous-Commission III, avec le numéro de référence 122/06.

4.- Concept du « milieu » en psychiatrie

Préambule

Tout au long de notre recherche sur le travail du milieu en psychiatrie, nous avons constaté lors de nos différents échanges combien il était difficile de formaliser et de trouver un consensus sur ce qu'est le milieu. Le milieu est-il l'élément différenciateur entre l'ambulatoire et le résidentiel ?

Partons d'une anecdote pour illustrer ce questionnement. Lors d'une présentation clinique du travail hospitalier, celui qui expose le traitement, parle des entretiens individuels et de famille, des approches corporelles, de l'ergothérapie et de la médication. Autrement dit, de toutes les prestations qui peuvent être offertes dans n'importe quelle structure. Alors qu'il est relevé que ce traitement peut très bien se faire en ambulatoire, il est clairement signifié que ce n'est pas possible, qu'il faut un milieu, un environnement résidentiel. Comme dans cette situation, le milieu n'est souvent pas cité comme un élément qui fait partie intégrante du projet thérapeutique ; toutefois, il paraît être une évidence pour les professionnels concernés. Cette évidence relève alors de l'implicite, d'une certitude, d'un acquis alors qu'en fait cela ne l'est pas aux yeux des profanes. Le travail du milieu, comme le travail d'équipe, semble donc être donné comme une évidence mais une évidence qui n'est pas facile à démontrer.

4.1.-Références historiques

Au début du 19^{ème} siècle, quand les hôpitaux psychiatriques ont commencé à se construire, le milieu a été le premier élément des traitements psychiatriques. A l'époque, cette institutionnalisation est en lien avec le mouvement social de l'industrialisation. L'asile du moment a été le premier moyen conçu pour traiter les malades souffrant de pathologies psychiatriques. En 1838, Esquirol écrivait: « Mis dans des mains habiles, l'asile peut devenir le meilleur moyen de guérison pour des aliénés » (Esquirol, 1838). Pour J.G. Gunderson (1978), ces institutions ont rempli trois fonctions principales du milieu : la contention, la structuration et plus tard le soutien avec le traitement moral de Pinel. Les traitements ambulatoires, eux, sont apparus suite au mouvement psychanalytique au début du 20^{ème} siècle. A titre d'exemple, la polyclinique psychiatrique de Lausanne a été ouverte en 1946.

Ainsi donc, au cours du 19^{ème} siècle, l'amélioration de l'activité du milieu passe par l'amélioration des conditions de vie asilaire, sans que le milieu ne soit réellement remis en question en tant que tel. A cette époque par exemple, Magnan (1893) fait la promotion d'enveloppements humides pour les patients maniaques comme alternative à la contention mais jamais l'idée du milieu n'est remise en question. Des critiques négatives du travail institutionnel et des propositions d'alternative à ces traitements vont remettre peu à peu en question la manière de soigner. Cette remise en question du traitement par le milieu résidentiel psychiatrique s'est faite par le développement des idées psychanalytiques et particulièrement par la compréhension des symptômes et des comportements psychotiques. Du coup, l'insensé pouvait avoir du sens, il devenait possible de comprendre mieux ce qui se passait. La diffusion des théories psychanalytiques a joué un rôle très important dans ce mouvement.

Dans les années 1920, il faut relever les travaux de A. Aichhorn (1923) dans sa recherche d'alternatives au traitement résidentiel ou dans des tentatives d'essayer de faire différemment, en appliquant, par exemple, dans le milieu éducatif des concepts analytiques. Mais c'est

surtout après la deuxième guerre qu'il y a eu les plus grandes avancées en la matière, notamment avec la parution de l'article « Therapeutic community » de W. R. Bion et J. Rickman (1943). Ils se sont occupés de la réhabilitation des soldats anglais pendant et après la guerre. Pour ce faire, ils ont utilisé des activités groupales comme *setting* thérapeutique ce qui était une nouveauté. Le mouvement des communautés thérapeutiques a débuté grâce à eux et à Tom Main (1989) qui l'a repris et prolongé en mettant en application ces idées dans l'hôpital qu'il dirigeait ; il proposait aussi une formation spécialisée en psychiatrie.

Du côté français, après la guerre, il y a eu la naissance du mouvement de la psychothérapie institutionnelle qui s'est inspiré des théories de Lacan. Cette approche a été principalement introduite par Tosquelles et Bonnafé à St-Alban (1942). L'idée centrale est que là où la psychanalyse traditionnelle n'était pas suffisante pour pouvoir aider les patients les plus psychotiques, il faut inventer un autre dispositif institutionnel. Leur idée est que l'ensemble de l'institution peut devenir un dispositif thérapeutique global. Deux faits sont aussi déterminants des nouvelles perspectives en psychiatrie dans les pays francophones dans cette période d'après guerre : ce sont à la fois la traduction en français de l'œuvre de Freud qui a permis une diffusion des concepts analytiques et, dès 1952, l'apparition des neuroleptiques.

D'autres facteurs ont favorisé en France l'évolution du travail du milieu résidentiel. Tout d'abord, le constat du nombre de morts dans les hôpitaux psychiatriques estimé à 40'000 ou 50'000 pendant la seconde guerre mondiale. Cette situation affligeante fut un choc dans les institutions qui reçurent un encouragement politique à humaniser les hôpitaux psychiatriques. Un autre fait marquant a été l'étude du Dr Le Guillon qui a tenté de retrouver les patients qui avaient disparu des hôpitaux psychiatriques pendant la guerre. Ses résultats ont montré qu'un tiers des patients étaient morts, le deuxième tiers étaient revenus à l'hôpital et le dernier tiers avaient réintégré leur famille. Ce constat a interrogé le maintien des patients en milieu psychiatrique comme seule alternative, voire comme seul traitement.

L'équipe de Tosquelles à St-Alban s'est interrogée sur les effets iatrogènes du milieu psychiatrique traditionnel et a essayé de changer le dispositif pour éviter ces effets négatifs. Plus tard, la très célèbre étude de Goffmann (1968) « Asiles » relative à ce qu'il a appelé l'institution totalitaire, a beaucoup fait parler d'elle et a, à nouveau, interrogé l'institution psychiatrique traditionnelle. Une institution qui procure tout, incite les personnes qui y résident à n'avoir aucune raison d'en sortir. Si une interrogation sur le concept de milieu apparaît dans cette étude, elle reste confuse. Le milieu n'est pas appréhendé comme un concept en soi et institution et milieu ne sont pas différenciés.

Par la suite, d'autres expériences ont vu le jour ; notamment celle de Maxwell Jones (1953) qui a développé le concept de la « communauté thérapeutique » aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne. Il a « consolidé » ce concept en utilisant le milieu social de l'institution à des fins thérapeutiques. Il s'agissait d'une expérience orientée par le mouvement sociologique et les groupes. Le concept était de procurer au patient une participation maximale à la vie de l'institution en faisant la promotion des valeurs humanistes, telles la confiance, l'honnêteté et des valeurs démocratiques. Il y eut aussi les travaux de Bettelheim (1974), très souvent cité par M. Sassolas (1990), qui, à la suite de Menninger (1930), a proposé un milieu thérapeutique spécialisé qu'il a retracé dans son livre « Un lieu où renaître ». Son idée était d'inverser les effets pathogènes de l'environnement précoce naturel par un environnement thérapeutique adapté qui pourrait procurer des expériences «maturantes». On pourrait encore citer S. H. Foulkes (1964 et 1988) et d'autres thérapeutes qui se sont intéressés au travail groupal dans le milieu thérapeutique.

4.2.- Références conceptuelles et de pratiques du « travail de milieu »

En 1978, J. Gunderson va écrire son article sur les cinq fonctions du milieu et en 1983, il publiera un ouvrage sur la thérapie du milieu avec ses deux confrères O. Will et L. Moscher (1983). Ce dernier est le père des sotérias, communautés thérapeutiques qu'il a créées en Californie et dont s'est inspiré L. Ciompi pour créer « sa » sotéria à Berne. C'est lui aussi qui a suscité le mouvement suisse de psychiatrie sociale. D'autres auteurs pourraient trouver une place dans cet historique tels M. Coopermann (1984), I. Stamm (1985) qui proposaient un hôpital comme un « *holding environnement* » dans la perspective de Winnicott sur l'environnement facilitant.

Plus près de chez nous, le mouvement français de la psychothérapie institutionnelle est intéressant car il a considéré la pathologie, le traitement institutionnel sous un angle analytique. Ce mouvement reste encore vivant et actif. Citons encore l'expérience française de P. Sivadon (1965). Ce dernier a fortement dénoncé les mauvaises conditions des hôpitaux psychiatriques français et a obtenu des moyens pour leur réhabilitation. Son projet consistait à organiser un peu artificiellement le milieu de soin pour que les patients puissent retrouver un niveau d'adaptation sociale. Cette expérience a si bien marché qu'il a été chargé d'organiser un certain nombre de projets de Santé Publique en France.

Une référence incontournable et très inspirée est bien évidemment celle de P.-C. Racamier (1970 et 1990). Depuis les années 70, cet auteur a publié de nombreux écrits qui ont le mérite de conceptualiser la pratique institutionnelle notamment : différenciation des rôles entre thérapeutes et soignants, cadre thérapeutique ainsi que dispositif soignant. Son centre de jour de la Velotte a été un exemple de cette pratique de soins institutionnels. Il insiste sur la complémentarité des rôles indispensables à certaines pathologies qui nécessitent de bien différencier ce qui est de l'ordre du soin et de l'ordre du thérapeutique ou psychothérapeutique. Pour lui : « La psychothérapie psychanalytique des patients psychotiques est une œuvre collective. » (Racamier, 1973, p.120).

La recherche menée en Finlande par Y. O. Allanen (1991, 1994, 1997) sur le traitement le plus adapté pour les patients psychotiques le « *need adapted treatment* », a montré la place du travail de milieu. En effet, dans les quatre axes de traitement qu'il propose, le milieu est un des quatre éléments avec la relation individuelle, le traitement familial et l'aide médicamenteuse.

J. Hochmann (1986) avec ses écrits sur la réalité partagée et ses vertus thérapeutiques est également une référence tout comme Ph. Jeammet (1992) à qui est empruntée une citation sur les enjeux du travail du milieu :

Le travail de l'institution va être de recréer ce sentiment de sécurité intérieure, de retrouver quelque chose de l'ordre de ce paradoxe initial magistralement dégagé par Winnicott. Il faut que ce cadre soit le lieu de cet espace transitionnel qu'il y ait des échanges qui incluent implicitement la qualité des liens avec les personnes qui sont là sans que le problème de ces liens se pose clairement sans que le sujet ait à dire, "tiens si j'ai du plaisir à fonctionner, à faire ceci, est-ce que c'est dû ou pas à la présence de tel ou tel soignant". Il faut restaurer une ère du non-dit par opposition à l'accent mis sur l'importance du dire ce qui est important à un certain niveau mais je crois qu'à un autre niveau il est essentiel qu'il y ait des choses qui ne se disent pas mais qui se vivent en commun. Il faut mettre en place des activités dont il importe peu de savoir si elles sont réadaptatives ou pas réadaptatives mais dont la finalité est de restaurer ou du moins de

tenter de restaurer le plaisir à fonctionner nourri de la présence des personnes c'est-à-dire qui ne se fasse pas dans l'autarcie du psychotique mais sans que le lien avec ces personnes ait à se percevoir comme tel. Ce n'est que progressivement qu'un travail de différenciation permettra de parler des échanges de plaisir de confiance. (Jeammet, 1992, p. 105)

Enfin, même s'il y a encore beaucoup d'autres auteurs qui mériteraient d'être cités, nous retiendrons M. Botbol qui a publié dernièrement un article sur « La psychothérapie par l'environnement » dans lequel il met en évidence et insiste sur le travail psychologique de l'équipe comme un mode thérapeutique pour les patients.

4.3.- Fonctions du milieu selon Gunderson (1978)

Dans cette partie, nous allons préciser ce qui est entendu par les différentes fonctions du milieu que Gunderson a développées dans l'article sous-mentionné, à savoir : la contention, le soutien, la structuration, la mobilisation et la validation. Nous emprunterons également à cet auteur les caractéristiques des membres d'une équipe susceptibles de déployer de telles fonctions. Enfin nous relèverons les difficultés à gérer ces différentes fonctions. Nous ne reviendrons en revanche pas sur l'évolution historique des institutions psychiatriques en regard de ces fonctions qui ont été largement présentées plus en avant.

La **contention** vise à maintenir l'intégrité physique chez des patients aux comportements autodestructeurs et à réduire les sentiments d'omnipotence chez les patients aux comportements agressifs. Cette fonction a donc une visée préventive des passages à l'acte (suicide, agression) pour des patients incapables de discernement durant une période donnée de leur maladie (état psychotique aigu). La contention se fait tant dans la relation que dans la réalité environnementale, ces deux niveaux étant indissociables. On y a plus particulièrement recours dans des unités d'interventions brèves et de crises. Les mesures auxquelles les soignants peuvent alors faire appel sont entre autres l'isolement, les fenêtres et les portes fermées, les packs³. Les caractéristiques nécessaires aux soignants pour faire face à ce type de situations de soin sont la force physique, le self contrôle et la fiabilité.

Un accent trop important donné à cette fonction engendre selon Gunderson des conséquences non négligeables tant pour les patients que pour les soignants :

*This can suppress initiative and hope and can reinforce isolation. Staff employed on such units often feel futile, and if they survive that, come to feel bored and to view the work mechanistically*⁴ (Gunderson, 1978, p. 329).

Le **soutien** consiste à renforcer consciemment l'estime de soi du patient par un investissement positif que lui renvoient les soignants. Cette fonction permet aux patients de se sentir moins anxieux voire moins angoissés. Cette fonction peut prendre différentes formes telles que l'attention au quotidien, l'accompagnement lors de promenades ou de sorties diverses mais

³ Pack : enveloppement corporel d'un patient réalisé, par un "couple" de soignant, à l'aide de linges imbibés d'eau glacée puis enveloppement d'un drap et d'une couverture. Cette approche thérapeutique peut-être indiquée dans un premier temps comme moyen de contention qui peut ou non se poursuivre comme moyen d'élaboration dans le concept d'une cure psychothérapeutique. (Panchaud, R. 2004)

⁴ *L'initiative et l'espoir peuvent être réprimés et l'isolement se trouve renforcé. L'équipe d'un tel service se sent souvent futile et même si elle peut dépasser cette impression l'ennui et la routine peuvent s'installer* (traduction libre)

passé également par la verbalisation de conseils, d'éloges, de réassurances et d'encouragements, comme par exemple essayer une nouvelle activité dont on sait que le patient a les capacités pour la réussir. Pour Gunderson, la qualité de soutien de ces interventions réside entre autres,

[...]

*by the staff's willingness to share personal experiences, to openly acknowledge personal reactions, and to remain accessible even during return visits after discharge [...] Those milieus which emphasize support are recognizable as retreats which provide nurturance and permit, encourage, and direct patients to venture into other, more specific therapies, such as psychotherapy, rehabilitation, or family therapy*⁵. (Gunderson, 1978, p. 329).

Les soignants plus habilités à déployer ce soutien sont caractérisés par leur calme, leur tranquillité, leur patience et leur capacité à gérer en équipe les phases de découragement. Ils sont en règle générale plus âgés que les patients dont ils s'occupent. Gunderson relève cependant que:

*Too much emphasis on support can confirm a patient's sense of inadequacy and dependency by implying that his problems and the solutions to them are beyond his responsibility*⁶ (Gunderson, 1978, p. 330).

La **structuration** quant à elle, comprend tout ce qui permet au patient de se sentir dans un environnement prévisible aussi bien en ce qui concerne l'organisation du temps, des lieux, et des personnes qui s'y trouvent que de savoir qui décide et qui est responsable de quoi. La structuration a aussi un fort impact de contention et règle la distance relationnelle :

*It allows patients to feel safely attached to their environment - « safely » because they feel neither invaded nor alone. The function of structure is to promote changes in the patient's symptoms and action patterns that are considered socially maladaptive*⁷ (Gunderson, 1978, p. 330).

Gunderson précise que d'un traitement imposé au patient la fonction de structuration peut devenir une thérapie dès lors que les moyens à mettre en place sont décidés avec le patient.

Les soignants garants de cette fonction sont ceux qui font preuve de ponctualité, de discipline, de précision et qui se sentent à l'aise avec des rituels. Ils doivent aussi savoir faire face à l'agressivité en ayant la capacité de fixer des limites et en faisant preuve de fermeté, tout en tolérant la colère :

*The value given to an essentially impersonal function may cause staff to feel devaluated, but it also minimizes staff conflict (Haben, 1975)*⁸ ((Gunderson, 1978, p. 330).

⁵ ...par la volonté de l'équipe à partager des expériences personnelles, de reconnaître ouvertement ses réactions personnelles ou de rester disponible pour des visites des patients après leur sortie... Ces milieux qui mettent l'accent sur le soutien sont reconnus comme des refuges qui fournissent des soins et permettent, encouragent et dirigent les patients à s'aventurer dans d'autres thérapies plus spécifiques comme la psychothérapie, la réhabilitation ou la thérapie de famille. (traduction libre)

⁶ Trop d'importance donnée au soutien peut être une confirmation pour le sentiment d'insuffisance et de dépendance du patient, en sous-entendant que ses problèmes et leurs solutions sont au-delà de sa responsabilité. (traduction libre)

⁷ Elle permet au patient de se sentir attaché de manière sécurisante à son environnement : "sécurisante" car il se sent ni envahi, ni seul. La fonction de la structuration et d'amener des changements dans les symptômes et les manières d'agir du patient qui sont considérés comme socialement inadaptés (traduction libre).

⁸ L'importance donnée à cette fonction essentiellement impersonnelle peut causer un sentiment de dévalorisation à l'équipe, mais elle contribue aussi à diminuer les conflits au sein de l'équipe. (traduction libre)

Cette fonction est souvent caractéristique des milieux basés sur un modèle médical et de ceux qui offrent de courtes hospitalisations.

La **mobilisation** est la fonction qui facilite, encourage et permet au patient de prendre une part active dans et avec son environnement et avec les personnes qui le composent. Elle vise à solliciter l'égo du patient et à renforcer ses capacités sociales mais surtout à lui permettre de modifier ses schémas interpersonnels :

It [involvement] particularly addresses patients' passivity, i.e., their wish to have others do things to or for them. Means of facilitating involvement include open doors and open rounds, patient led groups, the identification of shared goals, mandatory participation in milieu groups, community activities, verbalization of problems, and self-assertiveness experiences⁹ (Gunderson, 1978, p. 330).

Les soignants les plus aptes à développer cette fonction sont ceux qui sont énergiques, enthousiastes et proches en âge des patients. La coopération du groupe, la recherche de compromis, l'encouragement à la confrontation et la permissivité à exprimer sa colère sont les caractéristiques des milieux de soins valorisant cette fonction. Il y règne selon Gunderson, une atmosphère très intense et afférée où chacun est préoccupé par les problèmes des autres :

Involvement helps patients to feel competent and respectable. It also encourages patients to recognize their potential to affect their human environment. Too much involvement may cause some patients to feel invaded and may result in belligerent negativism. Others feel intimidated and conform thoughtlessly¹⁰ (Gunderson, 1978, p. 331).

Enfin, la **validation** est la fonction qui met l'accent sur l'individualité du patient. Elle privilégie les programmes de soins individualisés, respecte le droit du patient à être seul tout en lui offrant de fréquents entretiens seul à seul :

This requires an acceptance of incompetence, regressions, or symptoms as meaningful expressions from a person which need not be terminated or ignored. This function underscores the uniqueness of individuals, and supports a growing tolerance for loss and for the experience of aloneness¹¹ (Gunderson, 1978, p. 331).

⁹ La mobilisation s'adresse particulièrement à la passivité du patient, c'est-à-dire à son désir que les autres fassent à sa place, ou lui fassent. Les moyens de faciliter la mobilisation sont les portes ouvertes, les groupes menés par des patients, l'identification de buts communs, la participation obligatoire dans des groupes de milieu (traitement), activités communautaires, verbalisation des problèmes, expérience de "self-domination". (traduction libre).

¹⁰ La mobilisation aide les patients à se sentir compétents et respectables. Cela les encourage aussi à reconnaître leur pouvoir d'affecter leur environnement humain. Trop de mobilisation peut causer un sentiment d'invasion et un négativisme belliqueux. D'autres se sentent intimidés et obtempèrent sans réfléchir. (traduction libre)

¹¹ Ceci demande l'acceptation de ne pas réussir, de l'incompétence, la possibilité de régression ou des symptômes comme étant l'expression pleine de sens d'une personne, qui ne doivent pas être arrêtés ou ignorés. Cette fonction souligne le caractère unique de chaque individu et une tolérance croissante à la perte et à l'expérience de solitude. (traduction libre)

Cela requiert des membres d'une équipe soignante des compétences d'empathie, une capacité à faire avec l'incertitude et une sensibilité combinant l'introspection et la possibilité d'être à l'aise avec la passivité des patients et parfois d'eux-mêmes :

Validation can help patients develop a better capacity for closeness and a more consolidated identity. Wards emphasizing validation need to be well staffed and high on expression of sadness. [...] Staff on such units may feel competitive and jealous of each other and may manifest a recurrent impatience to "do" something¹² (Gunderson, 1978, p. 332).

4.4.- Travail infirmier et travail de milieu : problématique.

Dans toutes les références sus-citées, les points de vue relatifs au milieu oscillent le plus souvent entre deux variables ; l'une conçoit le milieu en tant qu'organisation temporelle et spatiale de l'environnement de soins et l'autre conçoit le milieu dans la dimension des relations qu'entretiennent les soignants et les patients dans le milieu de soin ; il y a parfois un mélange des deux. Par contre ce qui se dégage unanimement, c'est que le milieu est une nécessité toujours revisitée à l'aune des références et des styles des professionnels qui s'en occupent ou qui l'habitent. Un aspect reste cependant peu différencié ; c'est celui qui relève du thérapeutique et du réhabilitatif, les deux notions restant finalement assez confondues.

Le travail du milieu est-il une pratique spécifique des soins infirmiers ? Doit-il être conçu comme l'environnement thérapeutique infirmier, comme certains le nomment ?

La première infirmière qui a écrit sur les soins infirmiers, est Florence Nightingale. Ses écrits datent du milieu du 19^{ème} siècle. Pour elle, les soins infirmiers c'est « Mettre le patient dans les meilleures conditions possibles afin que la nature puisse faire son œuvre en lui » (Poletti, 1978, p.24). Autrement dit, il s'agit de mettre le patient dans l'environnement le plus propice pour une expérience thérapeutique. Il y a quelque chose à reprendre de son idée concernant le travail de milieu est qui est celui d'instaurer un environnement facilitant une expérience « maturante ». Les infirmiers ont une place spécifique dans ce milieu, c'est une pratique qui les différencie des autres professionnels du soin psychique. Le bureau infirmier généralement placé au centre de l'unité, contrairement à celui des autres professionnels qui se situe à l'extérieur de l'unité, pourrait en être une illustration.

Conception des soins infirmiers et du travail de milieu à la Fondation de Nant.

Dans la conception de la direction des soins de la Fondation de Nant, les interventions de la pratique infirmière reposant sur un travail du milieu, relèvent de quatre dimensions :

- Celles concrètes, souvent dénommées "structurées" qui englobent les activités organisées et réalisées avec les patients.
- Celles dites "non structurées" qui comprennent les attitudes des soignants. La position interne du soignant, par exemple, détermine la fonction de soutien pouvant être offerte aux patients.
- Celles qui relèvent de la fonction de « métabolisation psychique » des soignants.
- Enfin, le tissu relationnel lui-même est une fonction du milieu aux multiples facettes. Il consiste dans l'espace relationnel habité par les soignants et dans lequel les

¹²La validation peut aider les patients à développer une plus grande capacité d'être proche et à consolider leur identité. Les services qui prônent la validation nécessitent une grande équipe et une facilité à exprimer la tristesse... Le personnel de ces services pourrait se sentir en compétition et jaloux les uns des autres et peut aussi manifester une impatience périodique à agir (traduction libre).

interactions relationnelles avec le patient lui sont bénéfiques. De plus, les relations entre les soignants eux-mêmes ont un fort impact soignant pour les patients.

A la Fondation de Nant, le travail du milieu est une activité investie et formalisé dès 1980. Ce travail spécifique fait pleinement partie de la culture soignante ; ainsi le travail du milieu est intégré au projet de soins. Les mêmes références théoriques sont partagées par l'ensemble des soignants (médecins et infirmiers) et ce pour assurer une cohérence dans les traitements, contrairement à ce qui prévaut dans beaucoup d'autres institutions. Les théoriciens de référence dont ils se réclament sont P.-C. Racamier, J. Gunderson, D. Winnicott, Y. O. Allanen, mais peut-être plus particulièrement P. C. Racamier (2002) et J. Bleger (1967) sur la question du cadre.

Le partage de ces références communes n'est pas évalué à l'engagement de nouveaux collaborateurs infirmiers, mais fait l'objet de la formation en interne dont ils bénéficient à la fin de leur première année d'emploi. Dans le projet de soins, tous les soignants, infirmiers compris, se réfèrent aux concepts psychanalytiques et les intègrent dans leurs pratiques. Ainsi le milieu est à la fois considéré comme un concept théorique, mais il est également appréhendé dans ses dimensions organisationnelles, d'activités et d'espace habité par des personnes dans lequel un tissu relationnel existe.

Problématique et hypothèse de recherche.

Dès 1985, le cadre du projet institutionnel à Nant a notamment opéré une différenciation entre les soins aigus, intermédiaires à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, comme au Centre thérapeutique de jour, le travail du milieu a été redimensionné en lien avec les spécificités de ces différents contextes de soins.

La question initiale posée à notre équipe de recherche était de comprendre si le travail de milieu n'était pas actuellement désinvesti par les soignants ou si, selon les spécificités des différentes unités, les fonctions du milieu activées étaient elles aussi devenues spécifiques en regard des projets de service.

Compte tenu des trois secteurs existants - l'hospitalier-soins aigus, l'intermédiaire et le résidentiel - l'hypothèse serait que chaque secteur fait appel à des fonctions du milieu spécifiques en postulant que :

- L'hospitalier-soins aigus tend à utiliser plutôt les fonctions de contention et de structuration,
- l'intermédiaire plutôt celles de la mobilisation et du soutien,
- le résidentiel plutôt celles de la validation et du soutien.

Comme dit précédemment, un investissement important du travail du milieu, notamment sous l'impulsion des psychanalystes, a vu le jour dans les années 50. Il s'est ensuite dégradé au profit de la psycho-pharmacologie, des approches biologiques ou génétiques.

H. Peplau (1995), infirmière qui avait travaillé avec Sullivan, a joué elle-même un rôle important dans le fait de repenser et revaloriser le travail du milieu dans la pratique infirmière, par une approche plus sociologique.

En 1982, l'ANA (American nurses association) définit la responsabilité infirmière comme suit : *L'infirmière crée, structure, maintient l'environnement thérapeutique en collaboration avec le client et les autres membres de l'équipe.* En 1994, l'intervention du milieu est considérée comme une fonction de base de la pratique infirmière en psychiatrie et est consigné dans les standards de l'ANA.

Lors de notre revue de la littérature sur le milieu, nous avons déjà été interpellés par l'article de Delaney (1997). Dans celui-ci, elle fait le constat qu'il n'existe aucun consensus sur le traitement de milieu. Pour elle, cette référence théorique se fait d'après des croyances individuelles et elle tire le bilan que maints courants de pensées se sont saisi de différentes activités pour dire ce qu'est le travail du milieu. La question qui se pose alors est de savoir si le travail du milieu est plutôt du ressort idéologique que d'une véritable activité pouvant se dégager d'un consensus partagé par les praticiens. Par ailleurs, on peut tout de même considérer que travailler avec la même référence peut être un avantage qui permet à différents professionnels de gagner en cohérence.

Un autre élément relevé dans notre revue de la littérature, nous semble important à prendre en considération. Aux Etats-Unis, dès les années 1980, la rationalisation des coûts hospitaliers a conduit la psychiatrie à une diminution extrêmement drastique de la durée des séjours hospitaliers. Dans ce contexte, les objectifs principaux visés sont : contenir-sécuriser et stabiliser les patients pour qu'ils sortent le plus rapidement possible. Dès lors, un désintérêt notable est apparu pour tout ce qui touche aux fonctions du milieu et à une réduction de leur conception à leur plus simple expression pour ressembler à celle des hôpitaux psychiatriques du 19^{ème} siècle.

Doit-on se résoudre à accepter qu'en Suisse nous suivions le même chemin ou est-il encore possible de mettre en évidence que le travail du milieu est une stratégie soignante indispensable à la thérapeutique, voire à la réhabilitation des patients en psychiatrie et qu'une telle approche nécessite une formation pour développer des compétences et des moyens en personnel qualifié ?

5.- Analyse et Résultats

Dans cette partie de notre rapport, nous allons tout d'abord présenter et décrire brièvement les trois secteurs de la Fondation retenus pour cette recherche, à savoir : Fraidieu: unité résidentielle hospitalière, Vaudaire : unité hospitalière de soins aigus de psychiatrie adulte et le Centre Thérapeutique de Jour.

Après cela, nous découvrirons les portraits des infirmiers interviewés dans ces trois unités.

Ensuite, nous développerons les principaux résultats dégagés de l'analyse du matériel recueilli lors de notre démarche d'observation et dans les interviews réalisés.

5.1.- Méthodologie d'analyse

5.1.1.- Axes d'analyse : le temps et l'espace.

Suite à notre travail d'observation, nous avons identifié deux axes transversaux - le temps et l'espace - pour l'analyse de ces trois milieux qui permettent à la fois de saisir les similitudes et les différences de pratiques des professionnels qui y travaillent quotidiennement. Ces axes permettent d'explorer différentes thématiques : ils ont été soumis et discutés avec notre partenaire de terrain lors de deux séances de travail. Nous avons alors clarifié ce que nous entendions par là et avons enrichi nos points de vue par les échanges qui en ont découlés.

Afin d'étayer notre travail d'analyse nous nous sommes référés à des résultats de recherche actuelle et plus particulièrement à ceux issus de celle conduite par Laurent Gajo et son équipe (2004). Bien que notre objet de recherche et notre méthodologie diffèrent des leurs, notre intérêt a été suscité tout d'abord par les mêmes portes d'entrées – temps et espace - retenues pour l'analyse par cette équipe. De plus, un des terrains de leur exploration a été des services d'admission en psychiatrie, dont ils tirent le constat suivant :

Nous nous sommes aussi concentrés sur des services d'admission en psychiatrie qui, étrangement, partage à bien des égards les paramètres des lieux interstitiels¹³. En effet, une hospitalisation longue conduit souvent le patient (et le personnel soignant) à investir le milieu hospitalier d'un contexte privé, à en faire un milieu de vie. De ce fait, les règles/normes potentiellement à l'œuvre sont plurielles voire hybrides. (Gajo & Coll, 2004, p.3)

Cette référence de l'investissement possible du milieu hospitalier psychiatrique par les patients comme un contexte privé pour en faire un lieu de vie, nous semble faire écho au travail du milieu investi par les professionnels à l'égard des patients à la Fondation de Nant.

La recherche conduite par Gajo et son équipe vise à comprendre l'apprentissage que fait le patient des codes et valeurs professionnelles véhiculées implicitement tant par l'institution de soins que par les soignants eux-mêmes. Leur analyse se base sur les pratiques discursives des acteurs en présence lors des soins et lors d'entretiens semi-dirigés auprès des différents protagonistes. Cette analyse linguistique est justifiée, de leur point de vue, par la nécessité suivante :

Or, prendre en compte l'activité réelle sur ces terrains conduit à les décrire plus finement, non seulement en fonction de leurs caractéristiques objectives mais aussi en fonction de leurs caractéristiques construites par les acteurs en présence et leurs discours (Gajo & Coll, 2004, p.19)

¹³ Gajo et son équipe définissent des « lieux interstitiels » ceux qui sont à la marge des institutions hospitalières et où des interactions relevant du monde privé du patient (territoire social) avec celui des institutions de soins (territoire de soins) sont possibles.

La soumission de notre projet de recherche à la Commission d'éthique psychiatrique vaudoise a pris en compte les limites « instrumentales » posées au sein du groupe de résonance (voir sous 3.3). De fait, notre récolte de données sur le terrain ne nous a pas permis d'enregistrer les échanges des professionnels lors des soins comme l'ont fait Gajo et son équipe.

Au-delà des différences susmentionnées, cette référence à une recherche déjà réalisée nous paraissait propice à l'émergence de nouveaux développements et perspectives, telles des « suites données » au travail conduit par nos collègues chercheurs. Notre démarche s'inscrit donc dans une approche qui rend fécond les résultats socialisés et partagés par d'autres dans et par un rapport de recherche.

5.1.2.- Entretiens et travail du matériel récolté

Pour rappel, la réalisation de dix entretiens auprès d'infirmiers des différents secteurs de la Fondation de Nant a été la première phase de notre récolte de données. Nous avons alors réalisé une analyse de leur contenu par un découpage thématique transversal avec un regroupement par catégories. Travail long et fastidieux, qui avait donné des résultats peu pertinents voire peu exploitables. Seule l'emphase du travail d'observation et d'évaluation des patients énoncée par la majorité des professionnels interviewés nous est apparue alors. Pour aller plus avant dans notre recherche, nous avons de toute façon prévu une seconde phase de récolte de données par une approche d'observation et avons considéré les interviews comme relevant d'une phase exploratoire.

Après avoir développé un premier niveau d'analyse du matériel récolté lors de notre démarche d'observation, nous avons été encouragés par nos experts externes à réexaminer le contenu des interviews pour voir en quoi les propos des professionnels corroboraient ou non ce que nous avons observé et relevé dans notre analyse.

La relecture attentive des dix interviews nous a permis cette fois de redécouvrir des données pouvant enrichir notre point de vue. Nous avons été frappé, par exemple, par la variabilité chez nos interlocuteurs à faire référence aux différentes fonctions du milieu pour argumenter leur activité et leur approche dans certaines situations. Entre les novices et les plus expérimentés, nous avons noté un processus d'enculturation à la conception du travail de milieu de la Fondation de Nant basé à la fois sur les formations en interne (séminaires et supervision) qui leur sont proposées mais aussi sur leur expérience professionnelle plus ou moins longue.

Il est utile de préciser que nous avons retenu les entretiens des professionnels qui travaillent dans les trois secteurs de nos observations, à savoir : un pour Fraidieu, quatre pour les Unités hospitalières que nous assimilons à Vaudaire et deux pour le Centre de Jour. Dans notre analyse, nous ferons dialoguer nos propres observations avec les propos des infirmiers interviewés lorsque le matériel récolté lors des entretiens nous le permet.

Nous relèverons également ce que disent les infirmiers de leur travail du milieu et ses fonctions qu'ils privilégient dans leur service spécifique afin d'éclairer d'un regard de l'intérieur ce que nous avons nous-mêmes observé. Nous mettrons ainsi en lien les postulats de Gunderson et ce que les professionnels déploient dans leur pratique.

Le discours des interviewés a été retravaillé pour en faciliter la lecture et une nouvelle catégorisation des propos a été effectuée, cette fois en regard des thématiques développées dans notre analyse.

5.1.3.- Limites et conditions d'observation sur le terrain

Avant de poursuivre plus avant, nous tenons à préciser ce qui n'a pas pu être observé et donc les limites propres à notre étude pour analyser en profondeur la distinction entre activités structurées et non structurées. Notre posture d'observatrice a toujours composé avec les attentes et les limites clairement définies ou implicites des trois unités dans lesquelles nous nous trouvions.

Ainsi à Fraidieu, unité résidentielle hospitalière, le principal lieu d'observation a été dans le bureau infirmier où nous avons pu saisir entre autres, les différentes demandes des patients lors de la prise des médicaments ou de l'annonce de sorties ou de retour de Nant. Nous avons parfois accompagné l'un ou l'autre des infirmiers présents lors de ses déplacements concernant l'intendance de l'unité (chercher la pharmacie, le courrier par exemple). Nous avons aussi fait le tour du service pour voir les patients présents. Mais nous n'avons jamais accompagné, ni demandé à le faire, un infirmier lors d'un entretien avec un patient. Sur l'insistance de l'assistante sociale, nous avons pu assister au colloque hebdomadaire qui se déroule sans la présence des patients dont la situation est discutée.

A Vaudaire, unité hospitalière de soins aigus, notre posture a été sensiblement la même. Nous avons pu assister à deux colloques hebdomadaires. Nous n'avons pas participé aux traitements en chambre, aux promenades accompagnées, aux séances de pack, ni aux entretiens individuels.

Ces limites au champ et à la profondeur de notre observation s'expliquent par notre posture d'observatrice conçue sur la base d'observer sans trop interférer dans le travail des différents professionnels et de l'activité de ces services. Ainsi, l'identification du travail de milieu que ces professionnels réalisent s'est faite au travers de notre questionnement lors d'échanges, de discussions après coup, au retour de leur interventions de soins ou lors d'espaces informels lors du café ou du repas de midi pris ensemble.

Au Centre Thérapeutique de Jour, les choses se sont passées différemment. L'infirmier responsable (ICUS) avait non seulement informé son équipe, mais notre présence et les possibles et limites de notre observation avaient été discutés avec les patients, lors de deux colloques. Nous avons ainsi pu participer à toutes les activités que nous désignerons comme « communautaires » : la réunion du matin avec le choix du repas de midi, sa préparation à la cuisine, le partage du repas. L'après-midi, pendant le déroulement des entretiens individuels à l'étage, nous sommes restés au salon assistant aux allées et venues tant des patients que des professionnels. Nous avons également pu participer à une sortie au Musée d'Histoire naturelle de Neuchâtel avec un groupe de patients inscrits ce jour-là. Nous n'avons pas été admises à participer au groupe préparant le week-end, et ce, à la demande des patients.

Cette posture en extériorité de la plupart des interactions directes entre les patients et les professionnels explique une ouverture de champ des observations aux conditions de travail des infirmiers en psychiatrie devenues plus appréhendables et d'une certaine façon une déviation de l'attention portée à la seule problématique du « travail du milieu ». Nous restituerons ci-après, ces conditions de travail saisies sous l'angle d'un quadrillage temporel et spatial. Nous défendons l'originalité de cette approche, car l'attention porte sur ce qui échappe à la conscience des acteurs tant ils sont familiarisés, tant ils font « corps » avec les murs de l'institution, tant ils sont eux-mêmes structurés par les déplacements des patients et par l'habitude de leur mode de fonctionnement.

5.2.- Présentation des lieux de l'étude

5.2.1.- Fraidieu : Unité résidentielle hospitalière (URH).

Ce service est situé au 1^{er} étage d'un bâtiment des années 60, à l'entrée sud-est du site de Nant. La porte d'entrée est grande ouverte contrairement à celle de l'étage inférieur qui est fermée à clé (service de psycho-gériatrie). L'espace est blanc, sobre et lumineux. Un code de couleurs signalétiques des portes est repérable (bleu pour WC et salles de bain, rouge pour locaux techniques et bureau infirmier et jaune pour les chambres des patients). Nous le retrouverons dans toutes les unités de soins de la Fondation.

Après ce premier jour d'observation, nous ressortons fatigués et un peu "blusy"..., avec un sentiment d'enfermement oppressant. Nous sommes conscients de l'envahissement difficile à juguler que représente le fait de côtoyer ce type de patients, même si nous y avons été peu exposés et encore par professionnel interposé. Nous nous posons la question : « Comment faut-il être construit pour pouvoir travailler en psychiatrie ? ». Nous avons l'impression d'être tellement perméable à la souffrance ambiante que nous ne survivrions pas dans un tel environnement professionnel... Nous avons été également très touchés par les situations des patients que nous avons croisés et qui nous semblaient bien peu vivantes et très interpellés par le nombre de jeunes gens hospitalisés. Par la suite, nous avons eu l'impression qu'au travers des échanges que nous avons eus avec les professionnels étonnants et généreux que nous avons rencontrés, nous avons capté l'insaisissable, l'indicible de leur travail.

Mission

Fraidieu est un lieu d'hébergement hypo-stimulant tant sur le plan de l'espace architectural que sur les activités des résidents. Ce lieu permet aux personnes qui y sont accueillies de « se poser » sans avoir de projet à visée curative à conduire (pause thérapeutique). Il se veut être un milieu contenant plutôt que stimulant. Par exemple, aucune décoration n'est faite à Noël ou à d'autres occasions festives.

Le service est une structure ouverte de type intermédiaire d'hébergement permettant aux résidents d'entrer et de sortir librement mais dont l'accès n'est pas autorisé aux personnes extérieures au service (visites et patients d'autres services). Les résidents ne sont pas autorisés à entrer dans une chambre autre que la leur.

L'équipe soignante

L'équipe de jour comprend 5 infirmiers (5 EPT), y compris l'Infirmier Responsable d'Unité : 2 hommes et 3 femmes. Excepté un infirmier qui est le plus jeune professionnel, tous les autres ont une longue expérience « maison » (14 à 28 ans). Le médecin répondant pour un taux d'activité de 20 % est rattaché à l'Unité Hospitalière de Nant. Il est joignable si besoin. Une autre professionnelle nous a été signalée comme indispensable à la gestion des situations des résidents compte tenu de leur statut socio-thérapeutique particulier. Il s'agit de l'assistante-sociale. Elle participe d'ailleurs au colloque hebdomadaire du service. Un infirmier chef est référent de cette équipe.

Le service de nuit est assuré par des veilleurs non professionnels, souvent des étudiants infirmiers et d'autres professions de la santé. Ils ont principalement une mission de surveillance mais sont habilités à donner les médicaments préparés par l'infirmier et les

médicaments en réserve prescrits. Seule restriction en ce domaine : ils ne peuvent pas administrer de médicaments par injection. Dans ce cas, ils doivent faire appel à un professionnel, soit celui de l'étage inférieur de psycho-gériatrie, soit celui de l'équipe de garde de nuit. Un personnel de maison assure l'entretien et le ménage des locaux et des chambres.

Nous aimerions ici relever la présence inconstante d'un hôte particulier à Fraidieu. Il s'agit de Max, le chat, qui n'est pas considéré comme agent thérapeutique mais comme un résident de passage entre dehors et dedans !

Les résidents

Lors de nos observations, le service hébergeait 19 résidents âgés de 21 ans pour la plus jeune et de 64 ans pour la plus âgée. Huit hommes et onze femmes aux contextes psychiatriques complexes (toxicomanie et troubles psychiatriques associés, psychoses,...) et aux parcours de vie et institutionnel difficiles (essais et échecs répétés dans d'autres structures de soins). La plupart (99,9%) sont adressés par les unités hospitalières de Nant, en suite de traitement de crise, soit pour une stabilisation de leur état soit pour une pause thérapeutique ou un hébergement. Classés en statut C, trois d'entre eux bénéficient d'un placement à fin d'assistance¹⁴ (PLAFA).

La prise en soins de ces résidents repose moins sur leur diagnostic que sur leur situation actuelle avec leurs ressources à maintenir et leurs limites à prendre en compte. Pour y être admis, ils doivent faire preuve d'une certaine autonomie comme : venir prendre leur traitement, aller manger seul à la cafétéria pour les trois repas, gérer leur argent de poche (Fr.8.- / jour) et solliciter leur référent si nécessaire.

5.2.2.- Vaudaire : Unité hospitalière de soins aigus de psychiatrie adulte

Le service se situe dans le bâtiment construit en 1979 à la Fondation de Nant. Sa structure « modulaire » se répartit sur trois étages et est traversée par un grand escalier central. Ce dernier a été conçu comme un lieu de passage socialisant dans le projet initial de l'hôpital dans la fin des années septante.

Au rez-de-chaussée, à gauche, la cafétéria ouverte sans différenciation aux patients et aux professionnels. Magnifique espace comprenant une terrasse avec vue sur le lac. Lors de nos journées d'observation, la porte d'entrée du service est fermée à clé et nécessite l'utilisation du passe-partout. Sur la porte d'entrée vitrée une pancarte signale : « *Porte momentanément fermée, veuillez sonner* » et de l'autre côté : « *Porte momentanément fermée, veuillez vous adresser à l'équipe soignante* ».

Ce qui surprend d'entrée ici, c'est la perception d'une faible hauteur sol-plafond et l'uniformité des gris du revêtement de sol et des parois. On retrouve ici la même signalétique des couleurs de portes telle que déclinée précédemment : jaune, rouge et bleue. Ici, une autre couleur est utilisée : le gris des portes du bureau infirmier, de la salle de pack et de la salle de réunion.

¹⁴ PLAFA : LSP, art.56

Mission

En tant que service de psychiatrie adulte de la Fondation de Nant, Vaudaire accueille (avec Joran et Morabia) tous les patients qui nécessitent une hospitalisation psychiatrique aiguë, qu'ils soient adressés en urgence ou non ; les patients peuvent aussi se présenter d'eux-mêmes.

La prise en soin des patients repose avant tout sur leur situation actuelle et leur état clinique avec leurs ressources à maintenir et leur limites à prendre en compte dans un cadre thérapeutique défini en équipe pluridisciplinaire.

L'équipe soignante

L'équipe de jour est composée de 7 infirmiers (6,9 EPT) y compris l'ICUS, 4 hommes et 3 femmes plutôt jeunes. La plupart ont une expérience " maison " variant de 5 à 20 ans.

L'adjoint de l'ICUS, nouvellement nommé, est un infirmier diplômé il y a 5 ans. Un nouveau membre de l'équipe est un infirmier engagé depuis 3 semaines à Nant. Il est au bénéfice de quinze ans d'expérience professionnelle en psychiatrie.

Lors de nos observations, nous avons également rencontré d'autres types de professionnels. Des intérimaires (infirmiers diplômés travaillant en intérim et/ou étudiants infirmiers travaillant durant leur congé) qui sont engagés soit pour les week-ends ou les nuits, soit en renfort compte tenu de situations qui nécessitent des soins intensifs et notamment une présence continue ; elles mobilisent un infirmier à elles seules. L'équipe de nuit est constituée de veilleurs professionnels, un infirmier par nuit avec un tournant sur les trois services de psychiatrie adulte.

D'autres professionnels font partie de l'équipe pluri-professionnelle : les ergothérapeutes et l'assistante sociale. Deux médecins assistants, encadrés par deux chefs de clinique et deux médecins responsables, sont rattachés au service. Un médecin de garde est appelable si besoin en dehors de ses heures de présence des médecins du service. Il y a un infirmier chef référent pour l'équipe et un infirmier chef de garde.

Un personnel de maison assure l'entretien et le ménage des locaux et des chambres.

Les patients hospitalisés

Lors de nos journées d'observation 13 patients étaient hospitalisés, âgés de 18 ans pour la plus jeune et de 48 ans pour la plus âgée. Deux d'entre eux étaient entrés la veille. Cinq hommes et huit femmes aux problématiques psychiatriques diverses (tentamen, décompensation psychotique, troubles de l'humeur...). Certains sont ici pour la première fois, d'autres pour une énième hospitalisation ; pour une des patientes, c'est même la 60^{ème} fois. Ce qui nous frappe c'est que tous semblent marqués physiquement et psychiquement par une trajectoire de vie difficile liée à des contextes familiaux hautement perturbés. Les patients hospitalisés le sont soit sur une entrée volontaire, soit sur une admission d'office (non volontaire).

5.2.3.- Centre Thérapeutique de Jour (CTJ)

Le CTJ a emménagé en 2000 dans une petite maison du début du siècle passé, située à Clarens, en bordure de la route cantonale. Pour y accéder, on franchit un portail; un joli jardin entoure la maison. Trois marches à gravir et deux sonnettes à choix : « Centre de jour » ou celle du « Dr G. », médecin responsable du CTJ. L'intérieur de la maison est accueillant à la fois coloré par son ameublement et lumineux. Les professionnels présents sont dynamiques et

chaleureux et nous incluent rapidement dans le mouvement de la journée. Les patients répondent à notre bonjour et nous nous présentons auprès de chacun d'entre eux. Certains se montrent plus intéressés à savoir pourquoi nous sommes là, d'autres semblent plus indifférents tout en nous observant du coin de l'œil.

Mission

Le Centre Thérapeutique de Jour (CTJ) est une des trois unités de soins de psychiatrie intermédiaire de la Fondation de Nant. Il accueille tous les jours de la semaine, excepté les samedis et dimanches, des patients souffrant de difficultés relationnelles et sociales liées à leurs troubles psychiques. La prise en soins offerte au CTJ conjugue à la fois une approche thérapeutique communautaire et un suivi psychiatrique et/ou psychothérapeutique individuels. La prise en charge est assurée à la journée, ce qui implique que les patients ont par ailleurs un lieu de vie et une autonomie suffisante pour s'assumer durant la nuit et le week-end.

L'équipe soignante

Equipe de jour uniquement (de 8h à 16h30) et du lundi au vendredi puisque le CTJ est fermé la nuit et les week-ends : 5 infirmiers (4,4 EPT), y compris l'ICUS, 2 hommes et 3 femmes. Tous ont une grande expérience " maison " (15 ans et plus pour deux d'entre eux). Un médecin-psychiatre responsable est rattaché au CTJ. Une psychologue-thérapeute à temps partiel fait partie de l'équipe. Un infirmier chef est référent de l'équipe. Du personnel auxiliaire de la Fondation assure l'entretien et le ménage des locaux.

Si à Fraidieu nous avons signalé la présence de Max, le chat, nous ne pouvons omettre de relever ici l'existence d'Oscar, l'ours en peluche du CTJ. Loin d'être un objet fétiche anecdotique, il est utilisé et investi par certains membres de l'équipe soignante et certains patients comme "objet transitionnel".

Les « patients » qui fréquentent le CTJ

Lors de notre observation, 49 « patients » fréquentaient le CTJ auxquels il faut ajouter une trentaine de patients en suite de traitement. Spécificité de la Fondation de Nant, certains patients bénéficient, s'il est indiqué, d'un suivi à plus ou moins long terme par un soignant de son choix. Il s'agit de la continuité des soins pour des situations particulières où un patient et un soignant ont noué une relation significative et dont la poursuite est utile au projet thérapeutique. Un des infirmiers du CTJ nous a dit suivre une patiente depuis plus de 18 ans. Cette pratique présuppose une forte stabilité des professionnels compte tenu d'un tel engagement sur la durée.

La fréquentation du CTJ est fixée de manière individuelle et donc variable d'un « patient » à l'autre, forme de prise en charge à temps partiel de un à cinq jours par semaine. Le mercredi semble le jour qui réunit le plus de « patients ». Le mercredi précédent ma venue, 38 « patients » ont mangé au CTJ à midi. Le jeudi, 10 étaient de sortie. Le vendredi, 22 étaient présents sur la journée et nous étions 28 à table y compris les soignants. Il faut rajouter à ce collectif, les « patients » en suite de traitement qui viennent pour un entretien thérapeutique avec un infirmier ; nous en avons compté plus d'une dizaine le vendredi. Il s'agit de suivis ambulatoires infirmiers qui relèvent de la continuité des soins défendue à la Fondation de Nant.

5.3.- Portraits des infirmiers interviewés.

Avant de présenter le portrait des professionnels interviewés, nous tenons à préciser que chaque portrait a été construit à partir du matériel récolté lors des entretiens. Il ne s'assimile donc pas à des caractéristiques socioprofessionnelles standards, mais laisse parler le professionnel de lui-même.

5.3.1.-Fraidieu, Unité résidentielle hospitalière (URH) : Portrait infirmier

Je suis infirmier en psychiatrie depuis très longtemps, j'ai obtenu mon diplôme en France en 1976.

Je me suis vite aperçu que j'avais une qualité professionnelle qui n'était pas forcément acquise dans ma formation, qui venait de moi. J'accepte la pathologie psychique chronique en tant qu'élément de la vie de quelqu'un avec lequel il faut faire avec. Je l'accepte volontiers, tranquillement.

En fait, je me suis rendu compte qu'avec les patients on disait de moi que j'inspirais une certaine tranquillité. Mes collègues disaient : «Toi tu n'es pas là pour poser des questions aux gens, tu n'es pas là pour vouloir connaître l'anamnèse du patient ». Par exemple, quand je faisais une après-midi de 14h à 22h avec un stagiaire, le service restait tranquille jusque dans la soirée et en général ça se passait bien.

Je ne veux pas dire par là que j'ai toujours inspiré ça ; il y a des gens qui sont très malades et qui ont un besoin de peut-être autre chose que ce que j'inspire, probablement.

Je suis arrivé en Suisse et je me suis retrouvé à postuler ici et on m'a proposé un poste qui résonnait dans ma tête. J'ai continué à être ce que je suis et il s'est avéré que ce poste là et bien, enfin il était pour moi. Parce qu'enfin j'avais une institution qui avait besoin de quelqu'un comme moi. (Entretien 10.)

5.3.2.- Vaudaire, Unité hospitalière de soins aigus de psychiatrie adulte : 4 Portraits

1^{er} portrait infirmier

La psychiatrie, c'est un milieu, un peu comme pour tout le monde, qui m'attire et qui me fait peur en même temps. Je n'avais pas fait de stage en psychiatrie durant ma formation, j'avais tout fait pour ne pas le faire parce que justement cela me faisait très peur. Je n'étais pas prête en formation à arriver en milieu psychiatrique.

A la fin de ma formation, je me suis dit que c'était quand même un peu dommage, c'était quand même un manque. Je trouvais que ça manquait à ma formation. Quand j'ai cherché du travail, je ne suis tombée que sur des places en psychiatrie ! Comme je suis pour prendre les perches qu'on me tend, je me suis dit que j'avais quelque chose à aller voir.

Je suis venue ici à Nant et effectivement la philosophie m'a plu. Je suis venue sans attentes particulières. Je me disais « Et bien, si ça ne joue pas, ça ne joue pas, mais viens voir ! ». Au début ça été difficile, la première année ça a vraiment été difficile. J'ai découvert le monde de la psychiatrie ; c'était vraiment dur mais finalement j'ai trouvé intéressant. Ça va faire 7 ans que je suis là.

Ici on ne touche pratiquement jamais les patients et au début c'est quelque chose qui me manquait de ne pas avoir ce toucher avec les patients. Pouvoir apporter quelque chose au niveau du toucher c'est fort, mais c'est vrai qu'ici je n'ose pas tellement toucher les patients. Ici on le fait assez peu ou dans un cadre bien particulier où l'on fait des massages. J'ai le sentiment qu'on n'a pas un rapport au corps avec les patients.

C'est effectivement assez difficile pour les gens de l'extérieur de s'imaginer ce qu'on fait en

tant qu'infirmière en psychiatrie. Quand on travaille en soins généraux, en chirurgie, ils peuvent très bien s'imaginer. Je me rappelle d'une discussion avec ma sœur qui m'a demandé : "Mais tu fais quoi de tes journées ? Je ne peux pas m'imaginer ce que tu fais de tes journées". Je lui ai expliqué qu'il y avait beaucoup d'entretiens et qu'il fallait être avec les patients. Que j'étais plutôt dans le contact verbal avec assez peu de soins techniques mais plus dans une présence auprès des patients.

C'est vrai que c'est difficilement palpable, en tous les cas pour l'extérieur. Je remarque que les gens sont toujours très intrigués de savoir de quoi on remplit nos journées. Parce qu'ils ont l'habitude d'imaginer les gens à l'hôpital qui sont dans leur lit et à qui on fait des soins techniques. Ah ! C'est clair que là on peut imaginer ce que fait une infirmière alors qu'ici ce n'est pas très palpable ce que l'on fait. (Entretien 1)

2^{ème} portrait infirmier

Cela fait 2 ans et demi que je travaille à Nant. J'ai bénéficié des séminaires internes de base sur les fonctions du milieu avec lesquelles on travaille. On les fait sur notre temps de travail. Je me suis aussi formée à tout ce qui est organisation, les gardes. J'ai également demandé une supervision personnelle et régulière avec un infirmier de Nant.

Les personnes extérieures ne me posent pas vraiment de questions sur mon quotidien. Ils posent plus de question sur ce qu'un patient peut avoir, comment est-ce qu'il peut être, qu'est-ce qu'on fait quand il est très agité ou très violent ? Enfin c'est un peu des questions comme ça. Je n'ai jamais eu à décrire mon activité en fait. Je parle plutôt d'entretiens ou alors de donner des médicaments ou des injections parfois. Je pourrais aussi leur décrire les packs, les traitements qu'on fait.

Je n'aime pas faire les massages, les traitements de massage, j'ai beaucoup de peine. Et bien j'évite la plupart du temps d'en proposer d'en faire, cela m'est arrivé d'en faire mais je n'aime pas le toucher comme ça quoi, je ne me sens pas du tout non plus thérapeute dans ces moments là. (Entretien 2)

3^{ème} portrait infirmier

J'ai besoin d'un moment pour rencontrer la personne, pour pouvoir savoir comment elle va. Je ne sais pas, par exemple, si la personne vient d'arriver à l'hôpital, je m'inquiète de savoir sa vision de l'hôpital psychiatrique. Je choisis d'aller voir un patient ; je n'irais pas simplement parce que j'ai le temps d'y aller. Je choisis tel patient en fonction de ce qui s'est passé ou des inquiétudes qu'on peut avoir pour lui. Ou simplement parce que je me dis : « Eh bien ! Pour cette personne je n'ai pas eu le temps pour d'évaluer son état », et ce, pour pouvoir aussi transmettre comment est-ce qu'il est à mes collègues médecins. Donc en général je choisis.

C'est rare que je croise comme ça un patient et que je fasse un brin de causette juste comme ça. Ca dépend des journées et du temps à disposition, mais je dirais que je consacre 1h à 2h par jour à ça. Enfin, tout dépend aussi de l'importance de la rencontre. Il m'est arrivé d'annuler un entretien parce que je voulais passer plus de temps avec un patient ou bien m'arranger avec quelqu'un d'autre.

Moi, je préfère justement les moments informels, de loin. Parce que je peux moduler la chose selon la situation, et puis, selon ce que j'imagine des besoins des patients, enfin leurs demandes, et puis, par rapport à ce que vit le patient à l'instant.

L'entretien, voilà il est là, qu'il soit bien ou pas bien, il a été fixé et puis voilà. Tandis que là je peux moduler les choses. Il y a aussi pas mal de possibilité par rapport à la façon de rencontrer le patient. On peut se faire une tasse de thé, partir en ballade ou faire un jeu. C'est le côté créatif, je pense qui m'attire beaucoup.

Je pense que dans la rencontre avec le patient et dans toutes les autres activités, j'ai

l'impression que je crée beaucoup plus de lien dans ces espaces-là que dans des entretiens officiels. Il y a vraiment quelque chose qui se lie à ce moment ; c'est aussi une rencontre entre deux personnes, malgré que ça reste professionnel. Voilà, cela a toute une autre portée pour le patient, et pour moi aussi, que ce que j'ai aux entretiens formels qui sont des entretiens assez dirigés. Même en apportant le chariot des repas, il peut se passer quelque chose avec le patient là autour ; il pousse même des fois le chariot avec nous. Faire les lits, ou essayer de le faire avec le patient ; on profite aussi de ce moment d'interaction. (Entretien 6)

4^{ème} portrait infirmier

Cela fait un an que je travaille à Nant, dans ce service aigu.

Je trouve assez compliqué d'expliquer ce qu'on fait. Je me rappelle, avant d'avoir fait un stage en psychiatrie aiguë, j'avais très peur et je me demandais dans quoi j'allais tomber. Ça suscite vraiment beaucoup de peur et d'appréhension. On s'imagine beaucoup de choses.

En me rappelant de cela, je me dis que c'est difficile d'expliquer à quelqu'un ce que je trouve et ce que j'aime dans ce travail. Ce que je trouve important, c'est qu'on travaille avec ce qu'on est nous. C'est vrai qu'il y a peu de soins techniques, les soins techniques ça se fait comme ça et puis voilà. Tandis que dans la relation, même s'il y a aussi des règles, on travaille avec ce qu'on est nous et ça on ne peut pas le changer.

Comme chacun, il y a des patients qui nous touchent plus que d'autres. Je trouve que c'est important de travailler avec ce qu'on est, avec le caractère qu'on a, avec ce qu'on a vécu aussi. Pour moi, c'est quelque chose qui caractérise mon travail. (Entretien 8)

5.3.3.- Centre Thérapeutique de Jour (CTJ) : 2 Portraits

1^{er} portrait infirmier

Je suis au Centre de Jour depuis 13 ans et il y a bien des choses qui ont changé depuis. Récemment, je discutais avec mon filleul de 14 ans et demi qui ne comprenait pas que je fasse si peu de piqûres, que je donne si peu de médicaments. Alors il me disait : « Mais tu fais quoi toute la journée ? ». Il est allé une ou deux fois à l'hôpital où il a vu des infirmières en blouses blanches et pour lui les infirmières font des gestes techniques.

Je lui ai expliqué qu'au Centre de Jour, on vivait avec des gens, qu'on parlait beaucoup avec eux de ce qui allait et de ce qui n'allait pas. C'était un exercice particulier d'expliquer à un pré-ado de 14 ans ce que je faisais.

D'autres fois, cela dépend à qui je m'adresse, j'explique pourquoi les gens sont ici et pourquoi ils ne sont pas à l'hôpital par exemple. Les gens ne comprennent pas toujours bien comment les patients font pour vivre seuls la nuit et le week-end donc souvent j'explique que ce sont des gens qui viennent après une hospitalisation.

A l'hôpital, on soigne la crise et dès que les personnes sont plus ou moins autonomes, ils sortent pour retrouver leur famille, leur appartement et leur cadre de vie habituel. Le but c'est qu'ils ne soient pas dans un cadre fermé trop longtemps ; parfois ils viennent aussi au Centre de Jour pour éviter l'hospitalisation. Les patients sont souvent des personnes isolés socialement.

Ce que j'apprécie le mieux dans mon travail c'est ce qui se passe dans le groupe quand on est plusieurs collègues et qu'on peut utiliser la dynamique de groupe. C'est vrai que si je travaillais dans une polyclinique et que je devais faire que des entretiens toute la journée, je n'aimerais pas. Je me sentirais un peu trop seul, j'aime travailler en équipe, j'aime ce travail dans le milieu. On partage la vie communautaire avec les patients. (Entretien 3)

2^{ème} portrait infirmier

Quand je dis que je bosse en psychiatrie ça inquiète pas mal les gens et puis je crois que ça me fatigue de devoir expliquer ce qu'on fait, que la folie c'est une maladie. Enfin j'ai abandonné cette cause et puis maintenant je dis juste que je suis infirmier et que je bosse à Nant point !

J'en parle volontiers avec les gens qui ont une culture. Je reste un passionné du soin psychiatrique, ça j'en parle volontiers avec d'autres collègues de psychiatrie. Sinon, c'est vrai que lorsque je parle avec des connaissances qui font des soins infirmiers somatiques, on passe pour ceux qui ne font rien. Je supporte qu'ils pensent cela, je pense qu'ils n'ont pas accès au travail qu'on fait et je n'ai pas envie de me bagarrer pour dire ce que je fais et pour dire qu'on fait quelque chose et qu'on travaille, que c'est du travail.

Si je devais l'expliquer, je dirais qu'on vit avec le groupe, avec des gens qui peuvent déconnecter, qui ne peuvent plus être en lien. J'expliquerais les choses tout simplement et puis aussi que personne n'est protégé de cela. (Entretien 4)

5.4.- Le temps construit et géré comme dimension de l'offre en soins

Dans notre revue de la littérature, nous avons relevé comment historiquement l'institutionnalisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques a été fondée sur la conception de l'asile comme instrument de soin. Sa mission était alors de remplir les fonctions thérapeutiques de contention, de structuration et de soutien des patients. Pour Gunderson (1978), auquel se réfère la Fondation de Nant, la thérapie du milieu renvoie à cette forme du milieu traitant dans lequel il est en lui-même reconnaissable comme une active thérapeutique agencée pour promouvoir et faciliter les changements « positifs » dans des orientations/directions spécifiques. Il peut seulement être développé intérieurement en système quand un besoin est ressenti et que la valeur des fonctions est reconnue (Gunderson, 1978, p.332). Pour rappel, dans cette conception, le processus thérapeutique en milieu psychiatrique comprend 5 fonctions : la contention, le soutien, la structuration, la mobilisation et la validation.

Nous avons alors postulé que cette conceptualisation est extrêmement utile car elle permet de manière simple et efficace de concevoir et d'organiser un milieu en référence aux concepts analytiques. L'organisation du temps de travail des professionnels et, au-delà, la nature de leurs activités au quotidien devraient nous permettre d'identifier comment ils conçoivent leur rôle et s'organisent pour répondre à ces fonctions des soins en psychiatrie.

La contention, le soutien, la structuration, la mobilisation et la validation comprennent toute une dimension temporelle dans leur opérationnalisation ; c'est ce que nous tenterons de mettre en évidence dans la suite de notre analyse. De plus, l'organisation du temps et de l'activité des professionnels qui en découle peut nous donner de précieuses indications sur leur implication dans cette conception des soins en psychiatrie et plus spécifiquement dans les trois secteurs de la Fondation de Nant retenus pour cette recherche.

La dimension « temps » nous paraît également importante à étudier compte tenu des remises en question récurrentes au sein de notre système de santé toujours à la recherche de meilleurs efficiences que celles des approches existantes pour diminuer des coûts engendrés, selon certains, par des temps d'hospitalisation trop longs.

Dans cette partie de notre travail, nous nous proposons de mettre en évidence les spécificités du rapport au temps dans les trois lieux étudiés. Pour ce faire, nous ferons dialoguer des extraits des entretiens effectués avec nos propres observations de terrain. Cela devrait nous permettre de mettre en évidence certaines particularités de cette dimension temporelle en psychiatrie.

En effet, si de prime abord, la gestion du temps propre à ces trois lieux de soins peut s'expliquer par leur mission thérapeutique spécifique, nous tenterons de montrer que d'autres facteurs semblent influencer cet aspect du travail infirmier. Par exemple, il ressort de nos observations de terrain que les compétences mise en jeu par les infirmiers dans la gestion de ces différentes dimensions temporelles relèvent avant tout de leur rôle, de leurs responsabilités et de leur autonomie dans leur contacts privilégiés avec les patients et de leur interdépendance avec les autres professionnels de l'équipe soignante (médecins, ergothérapeutes, assistants-sociaux).

5.4.1.- Organisation et gestion du temps à Fraidieu

5.4.1.1.- Temps construit par les patients.

A Fraidieu, le matin, on essaie de ne pas trop intervenir. Parce que, non seulement, ils sont capables de se débrouiller tout seul, et puis parce qu'aussi on aime bien leur laisser des plages comme ça, où on est là mais ils nous sollicitent seulement si c'est nécessaire. ...

Dans une journée, il peut arriver plein de choses. Tout dépend pourquoi les patients vont venir vers nous. C'est un peu notre technique, on les laisse, dans la majorité des cas, venir vers nous. Tout dépend de qui est là et de ce qui va être proposé à ce moment là. Ça peut être une relation tranquille, ça peut être une relation difficile aussi. On est toujours réceptif, on peut parler en termes de soins. Si quelqu'un vient vers nous en se plaignant, on va se monter empathique, on va se montrer patient bien sûr, on va se toujours dans l'acceptation. On travaille dans un service de chroniques, toujours dans l'acceptation de la pathologie psychique grave, et on va laisser le patient évoluer avec sa pathologie psychique en lui montrant de l'empathie et essayer de lui donner les moyens de mener cette journée au mieux. Par exemple un patient est angoissé de son dimanche, du dimanche à venir, de la permission entre guillemets, de qui va le prendre le dimanche qui vient. Il va s'angoisser de ceci et de cela alors évidemment on va essayer de repérer l'angoisse en parlant de tous ces sujets mais on va en parler à mots dosés. « Comment vous allez pouvoir faire ça ? » Contrairement à l'aigu, peut-être que les collègues de l'aigu ont une solution à proposer au patient, alors qu'à Fraidieu, je dirais : « effectivement vous avez ça à faire, ne vous inquiétez pas.... ». Je serai souple dans la démarche, éventuellement reporter cette démarche, laissant en fait le patient chercher lui-même sa solution, s'il ne la trouve pas ce n'est pas grave, il pourra la trouver dans un mois, trois mois. On est dans ces démarches de soins là à Fraidieu. ...

Il ne faut pas être pressé, pour le résultat. Parce que le résultat c'est une mesure économique et administrative. On est conscient tout de même de l'économie du Canton de Vaud je dirais qu'on est relativement protégé.

Par exemple, mes collègues (des autres unités) ne savent plus quoi faire pour ce patient là. Ils le transfèrent et puis nous on peut encore faire quelque chose. Ça prend du temps, c'est clair, il y a beaucoup de gens qui récupère bien, qui retrouve une autonomie et puis y en a qui partent, qui font des projets. Mais comme je disais la pathologie psychique c'est à long terme. Il faut faire avec. Avec une structure comme Fraidieu, il y a des patients qui vivent bien je crois.... (Entretien 10)

Il est intéressant de relever tout d'abord que seul l'infirmier interviewé de Fraidieu n'a pas répondu de façon classique à la question posée qui était de nous décrire une journée standard ; nous avons donc regroupé ci-dessus des passages de son entretien relatifs au rapport au temps spécifique à cette unité résidentielle.

Une journée standard pour moi c'est d'être le plus confortable possible un petit peu comme je suis assis sur ce fauteuil avec des gens et ce qui me permet en fait et bien déjà de me montrer, parce qu'il faut absolument qu'à Fraidieu les patients nous voient, un maximum de temps, parce que c'est nous quand même qui créons l'ambiance du service. (Entretien 10)

Son entrée en matière au-delà de ce que certains qualifieraient d'originale, corrobore nos propres observations et impressions d'un rapport au temps particulier dans cette unité. Nous verrons au chapitre suivant les répercussions de cette donne sur l'atmosphère qui se dégage de ce service.

L'espace-temps patients-soignants à Fraidieu nous est apparu construit par les patients. La mission d'hébergement et le cadre hypo-stimulant proposé aux patients impliquent que l'emploi du temps soit laissé au libre-arbitre des patients. La seule contrainte auxquelles ils doivent répondre est la prise de leurs médicaments à la porte du bureau infirmier dans des espaces temps définis (matin entre 7h-9h, midi entre 11h30 et 14h et soir entre 18h et 20h).

Certains patients profitent de ces moments pour parler de leur projet pour la journée. Parfois c'est l'infirmier qui s'enquiert de ce qu'ils prévoient de faire, et cas échéant vérifie s'ils n'ont pas oublié un rendez-vous pour une consultation en ville (par ex. : visite gynécologique, contrôle orthopédique, etc...).

D'autres patients viennent systématiquement signaler leur sortie et rentrée de l'unité. Ils sont à chaque fois accueillis avec bienveillance. En écoutant les remarques échangées entre les soignants, une fois la porte refermée, nous avons pu noter qu'ils n'attendent pas forcément que les patients leur signalent leurs allées et venues. Ce comportement du patient est plutôt interprété en fonction de sa situation du moment : besoin de reconnaissance, besoin de soutien ou de validation, par exemple.

5.4.1.2. Temps des soignants : conjugaison entre être avec les patients et gestion de l'unité.

Je m'attache beaucoup à être avec les patients, je dirais 70% de mon temps ; le reste est consacré à des activités administratives ou des activités de soins indirects. En disant 70%, j'y vais un peu fort. Parce que, le temps paraît un peu disproportionné, le temps peut-être que je passe avec les patients me semble passer plus longtemps et le temps que je passe avec mes collègues me semble passer plus vite. C'est une perception subjective....

Le temps qu'on passe à faire les autres choses de toute façon ce n'est pas des soins directs, bien souvent l'autre travail est ignoré des patients. Toutes les choses administratives, par exemple, ils ne se rendent pas vraiment compte. Tout ce qui se passe dans le bureau c'est considéré par les patients comme du temps qu'on passe entre nous et pas forcément à parler d'eux ni à se soucier d'eux, ni à faire quelque chose pour eux, ils estiment que là on ne fait rien....

C'est évident pour tout infirmier, la distribution des médicaments le matin, le midi, dans l'après-midi et le soir. Si on a bien sûr cela à l'esprit, il faut qu'un médicament soit donné, d'un autre côté mon rôle d'infirmier je le situe beaucoup plus au contact des patients. C'est à ce moment là qu'il se passe le plus de choses. (Entretien 10)

Pour les soignants cette autonomie laissée aux patients de gérer leur temps, les obligent à conjuguer leur temps et leur travail -inhérent par exemple aux activités logistiques pour la bonne marche de l'unité- avec les sollicitations des patients.

Nous avons quand même observé que leurs journées avaient un rythme propre. Elles commencent le matin, pour le seul infirmier présent, par la préparation et l'inventaire des médicaments qu'il saisit ensuite par informatique pour transmettre la commande à la

pharmacie centrale. En général, la saisie informatique des données LEP¹⁵ est effectuée dans la foulée. Après la « permanence » liée à la distribution des médicaments, et à l'arrivée de son collègue à 10h, un des infirmiers va chercher la commande à la pharmacie centrale et relève le courrier à la réception de la Fondation. Le reste de la journée est consacré à répondre principalement aux patients ou à être dans l'unité. Un temps est dédié à la mise à jour des dossiers des patients et, selon les jours, au colloque de l'unité (jeudi) ou à d'autres séances à l'extérieur.

Le seul moment de transmissions en équipe se déroule en début d'après midi ; y sont alors échangées les informations concernant l'un ou l'autre des patients soit en termes de traitement médical modifié soit en termes de comportements, d'évènements ou de projet nouveaux. Les transmissions matin et soir entre l'infirmier de jour et le veilleur relève d'une remise de service où les faits marquants sont transmis.

5.4.2.- Organisation et gestion du temps à Vaudaire

5.4.2.1. Temps institué et activé dans le « faire » par les soignants.

Notre journée de travail commence à 7h du matin. A 6h50, il y a toujours un infirmier qui vient prendre la remise du matin de la veilleuse comme ça la veilleuse peut s'en aller et les autres de l'équipe arrive à 7h.

A ce moment là de 7h à 8h on a une remise infirmière qui dure 1 heure où l'on passe en revue tous les patients. En fait, on prend toute la liste et on évoque tout ce qui s'est passé d'important la veille pour les collègues qui étaient en congé. En même temps c'est un moment de réflexion "pour ce patient on en est là" et puis on en profite pour se questionner "pour ce patient je ne suis pas très au clair, où va-t-on avec ce patient? Qu'est ce qu'on peut faire? Ah ! et bien aujourd'hui on pourrait lui proposer d'ouvrir son cadre". Enfin c'est un passage d'informations et en même temps une réflexion autour de chaque patient.

A 8h, on s'organise un peu tacitement. Il y a une personne qui fait le tour des chambres, c'est-à-dire que l'on va réveiller les patients ; on va frapper à leur porte et leur dire que c'est 8h. A 8h il y a le chariot des petits déjeuners qui arrive donc on va amener le chariot, amener les plateaux aux personnes qui ont besoin de manger en chambre. Il y a quelqu'un qui prépare les médicaments : il faut contrôler les médicaments, préparer les gouttes. Et il y a une personne qui descend au rapport de garde le matin. Il y a toujours un rapport de garde où il y les médecins chefs de l'hôpital et les médecins assistants qui présentent les entrées de la veille. Donc entre 8 et 9heure, on s'organise entre nous et à partir de 9h cela dépend des journées, à ce moment-là commencent les entretiens médico-infirmiers. Des journées, on a deux ou trois entretiens sur la matinée d'autres journées on peut n'avoir aucun entretien. Si on voit les patients que l'on a en référence le lendemain où l'après-midi, les collègues qui ont des entretiens vont faire leurs entretiens avec le médecin et les autres sont là pour répondre au patient, pour être sur le milieu. On a des activités, par exemple le jeudi matin, on prend les tensions, les pulsations de tous les patients et le vendredi matin, on refait les lits. Donc ça aussi on s'organise ensemble pour le faire au courant de la matinée donc en général entre 9h et 11h.

A 11h, il y a de nouveau les chariots-repas qui arrivent. Alors même chose, on distribue les repas aux patients qui ont besoin. Après on s'organise pour aller manger, il faut toujours que quelqu'un reste dans le service donc y en a qui vont manger à 11h15 et d'autres à midi, on se partage comme ça entre deux.

Souvent entre 13h et 14h c'est un moment assez calme. La plupart des patients font la sieste, donc des fois il y a des entretiens des fois pas. Entre 14h et 16h, c'est de nouveau un temps pour les entretiens ; des entretiens avec des synthèses ou des coordinations, c'est-à-dire qu'on se réunit avec les ergothérapeutes, les assistants-sociaux et on réfléchit au traitement du patient.

A 15h10, on a une remise infirmière. A ce moment là, les personnes qui font l'horaire 7h-15h30

¹⁵ LEP, de l'allemand "Leistungserfassung in der Pflege", est une méthode de saisie informatique journalière des prestations de soins infirmiers.

finissent à 15h30 et les collègues qui font un horaire coupé arrivent à 15h10. On fait un passage d'informations aux collègues qui vont être là le soir Et après, les gens du matin s'en vont et les gens du soir reprennent leur travail. Il peut y avoir encore quelques entretiens, quelques rendez-vous.

A 17h les soupers arrivent et c'est la même chose. Après à partir de 17h30-18h, au moment où les médecins finissent leur travail, c'est uniquement les infirmiers qui sont là et c'est plutôt un travail de milieu. On a une chose à faire le soir, c'est de faire les annotations. On prend chaque dossiers de chaque patient et on note en résumé ce qui c'est passé la journée. Une fois que ces écritures sont faites, on a du temps pour aller soit à la télévision avec les patients soit faire un jeu. On est plus disponible avec les patients en début de soirée. On doit encore préparer la médication, les gouttes pour les veilleurs. Quand il y a des traitements par injection, on les fait donc le matin à 9h à 14h et à 19h. Donc le soir, avant de terminer, on fait encore les traitements par injection qu'on a à faire et on termine. L'horaire officiel c'est 20h10, alors la veilleuse en général arrive autour des 20h, à ce moment là on fait une remise infirmière où on explique les choses essentielles de la journée. On ne termine pas tous les jours à 20h10, on peut terminer à 15h30 ou à 20h10, mais c'est un peu la journée entre 7h à 20h qui est assurée par des infirmiers. (Entretien 1)

Entre 18h et 20h, lorsqu'on a fini l'essentiel de la journée, souvent on va se mettre à la télévision avec les patients, ou proposer un jeu ou se mettre à faire un puzzle. On est disponible. Si un patient nous demande un moment infirmier ou de faire un ping-pong, on se rend disponible je dirais pour les patients à ce moment là. Il y a aussi une chose dont je n'ai pas parlé encore, c'est les ballades accompagnées pendant la journée. On profite de les faire dans les moments creux. Certains patients ont des sorties d'un quart d'heure uniquement accompagnées. Dans les moments creux on leur proposer justement d'aller prendre un café en bas à la cafétéria ou de marcher dehors. (Entretien 1)

Après, jusqu'à 11h, c'est plus le moment où on est soit en entretien médico-infirmiers soit on va en ballade ou bien on fait diverses activités comme ça sur le service. On fait les lits, les douches, enfin principalement ça et puis il y a le moment des repas jusqu'à midi. Là on est là pour le patient. Il y a de nouveau la prise de médication à midi. Ça varie selon les patients, il y en a aussi qui l'ont à 14h. Généralement entre 12h et 14h, c'est assez calme parce qu'ils font la sieste. C'est des moments plutôt tranquilles où on est peut-être entre nous, ça peut aussi être un moment de ballade pour les patients à ce moment là, mais c'est plutôt assez calme. Après 14h les activités reprennent : des entretiens, ça peut aussi être des moments où l'on accompagne les patients à domicile ou en ville. Enfin, ça dépend surtout de notre emploi du temps à nous, quand on sait qu'on a un moment pour ça. Pour celui qui finit la journée à 15h30, il y a notre rapport jusqu'à 15h30. Pour ceux qui font le soir, c'est plutôt calme généralement dans l'après-midi. Alors là aussi, c'est des ballades, des jeux. Souvent c'est des moments qu'on passe au coin télé avec les patients. A 17h, il a les repas et puis vers 18h ça peut arriver qu'on a par exemple des traitements de pack qu'on fait en soirée. Ça nous prend aussi et puis la médication vers 18h-19h et c'est plutôt de nouveau un moment assez calme où on peut aller vers eux à la télévision. On évite de faire des activités trop stimulantes. (Entretien 2)

Nous retrouvons, dans ces larges extraits des entretiens des infirmiers de Vaudaire, la même description que nous aurions pu faire suite à nos observations dans l'unité. Ce qui s'en dégage c'est à la fois une planification horaire régie par les mêmes impératifs d'intendance que nous pouvons trouver dans tous services de soins hospitaliers : réveil des patients, distribution des repas, distribution des médicaments, réalisation des soins. Ce qui diffère d'une unité de soins somatiques, c'est l'absence de visite médicale au lit des patients. Elle est remplacée en psychiatrie par un temps de transmissions dans le bureau infirmier et par des entretiens individuels du médecin avec les patients et l'infirmier référent.

En dehors de ces temps institués pour une vie en collectivité, nous pouvons constater que les infirmiers proposent d'autres activités (ballades, jeux, télévision) dans ce qu'ils désignent comme des « moments creux » (Entretien 1) ou des « moments plus tranquilles ou assez calmes » (Entretien 2). Ils situent ces temps en dehors des prestations de soins obligées par la situation du patient et de la présence des médecins avec lesquels ils participent aux entretiens

médicaux-infirmiers. Leur propos descriptifs à ce sujet peuvent donner à penser, dans un premier temps, que ces activités sont banalisées et relève « du faire » ; du coup elles paraissent peu valorisées dans leur offre en soins. Leur réalisation suppose certes la disponibilité des soignants, ou comme le précise un des infirmiers de se rendre disponible. Nous pouvons alors supposer que ces moments sont définis par les soignants. Lors de nos observations nous avons pu noter que parfois certains patients viennent solliciter les infirmiers pour une sortie mais qu'en règle générale c'est les soignants qui les proposent aux patients et qui déterminent le moment possible. Nous verrons ci-après que ces moments sont beaucoup plus investis par les soignants que ne le laisse entrevoir ce qu'ils en disent de prime abord.

5.4.2.2. Temps infirmiers : « être » avec le patient.

Je trouve que c'est intéressant d'avoir les deux. Je trouve intéressant les entretiens médicaux-infirmiers. Mais s'il n'y avait que ça, il manquerait l'autre côté de la vie quotidienne, de s'asseoir un moment avec un patient, ou de le coacher dans un moment de douche si le patient ne peut pas le faire tout seul ou faire les balades accompagnées. Ça peut être aussi un chouette moment de rencontre. Ce qui me plaît, c'est la variété de la journée. On ne sait jamais comment va être la journée ; c'est un beau mélange de toutes les activités_

Les patients ont deux entretiens pas semaine et souvent les deux se font par un médecin et un infirmier. On s'interroge des fois à ne participer qu'à un seul des deux entretiens. Cela nous libérait du temps pour être plus avec les patients, effectivement et de pouvoir amener des observations plus constructives. (Entretien 1)

Moi j'aimerais beaucoup qu'il y ait plus de temps réservé à ces activités plus informelles mais pratiquement je pense que d'aller aux entretiens c'est important. C'est important pour le patient de voir qu'on est là pour lui, qu'on sait ce qui se passe dans sa situation, de savoir où il en est, il peut plus facilement ou plus volontiers se référer à nous aussi s'il sait qu'on connaît bien sa situation. Au niveau des informations, c'est important qu'on les ait aussi. Je me dis aussi que pour augmenter ces moments informels, on devrait peut-être aller moins souvent à ces entretiens ou aller une fois sur deux, que le médecin fasse l'entretien une fois seul et une fois avec l'infirmier. (Entretien 6)

Un moment infirmier, c'est être un moment avec la personne qui n'est pas bien, ce n'est pas forcément parler mais juste être là avec. Des fois, ils ont besoins de parler de choses et d'autres, ils ont envie de faire une demande ou alors ils ne se sentent pas bien et ils ont envie de parler de ce qui ne va pas, pourquoi ça ne va pas. Ensuite il faut évaluer si la personne est soulagée ou si elle a besoin d'une aide médicamenteuse.

L'après-midi, c'est de nouveau un temps pour les entretiens médicaux-infirmiers ou les entretiens de famille, ou encore les entretiens de réseau. Cela dépend de ce qui est agendé. (Entretien 8)

Pour les patients qui sont en chambre fermée, il y a un protocole parce que c'est une mesure de contrainte. On doit remplir le protocole avec le médecin assistant, le médecin chef responsable de la situation quand on ferme une chambre à clefs et pour toutes les mesures de contrainte. Au niveau légal, quand on ferme à clefs quelqu'un dans une chambre, on doit passer aux heures. On amène les repas au patient ainsi que sa médication. On peut aussi lui amener une boisson, voir s'il a faim, s'il a besoin de quelque chose. Des fois on passe juste pour savoir comment ça va. Ça peut être très court des fois, c'est juste quelques minutes même pas et des fois c'est plus long.

On répond aux questions des patients sur tout ce qui est de leur médication et puis aussi tout ce qui est au niveau administratif. Lors du départ ou de l'arrivée d'une personne, on doit faire aussi tout ce qui relève de l'administratif.

On accompagne des patients, par exemple, dans des EMS ou à domicile ou encore faire des courses. On va avec des patients dans leur appartement pour évaluer comment c'est chez eux, comment ils se sont organisés, comment est l'appartement s'ils auraient besoin d'aide à domicile. Cela permet de voir le patient dans un autre contexte, dans un autre environnement, des fois dans son propre environnement. Ça nous donne une autre vision que de le voir à l'hôpital. On le voit sous un autre

angle je trouve.

... les ballades accompagnées c'est un moment pour nous, pour se rencontrer, qui lui permet de nous rencontrer aussi. Je pense que ça va dans les deux sens. C'est aussi du travail du milieu pour moi tout ça.

Pour des personnes extérieures, c'est peut-être des moments comme ça : « Ouais ! Se balader avec un patient ça ne représente pas grand-chose ! ». Mais si pendant ces moments là, on peut se rencontrer, c'est vraiment une rencontre entre deux individus. Il y en a un qui est en souffrance psychique, qui est malade, mais ça permet de se rencontrer et de tisser à ce moment là un lien thérapeutique. Alors je pense que c'est tout aussi important, tout autant que de donner une médication, de poser une perfusion. Je pense que ça a toute son importance. (Entretien 8)

Les extraits ci-dessus donnent le pendant à nos remarques précédentes quant à la dimension «du faire» caractéristique de la seule description des prestations de soins. Dans ces propos plus introspectifs, nous retrouvons les mêmes propos qui relèvent de l'importance à « être avec les patients » et qui nous avait été signifié lors de nos journées d'observation. Être pour permettre la « rencontre », « juste être là » pour accueillir la souffrance et encore « être » pour permettre de se rencontrer mutuellement et de tisser un lien.

Nous retrouvons cependant en filigrane dans cette recherche et dans cette compétence des infirmiers à « être » avec les patients un souci d'efficacité qui se traduit par exemple par « pouvoir amener des observations plus constructives » (Entretien 1) lors des entretiens médicaux-infirmiers. Nous reprendrons cette question dans le chapitre suivant (5.5.2.).

Nous constatons qu'à Vaudaire, les infirmiers s'interrogent pour savoir s'il ne serait pas possible de réduire leur participation aux entretiens médicaux-infirmiers et ainsi bénéficier de plus de temps pour être avec les patients. Même si leurs propos à ce sujet laissent apparaître une certaine ambivalence, nous avons retrouvé cette même préoccupation au Centre de Jour que nous verrons ci-après.

Les exemples donnés par les infirmiers interviewés mettent également en évidence les différents espaces dans lesquels ils vivent ces moments de rencontre avec les patients. A la fois à l'intérieur de l'unité dans des activités de la vie quotidienne, lors des entretiens informels, lors des passages auprès des patients en chambres fermées et à l'extérieur du service lors des ballades et des visites à domicile ou en EMS. Nous verrons d'ailleurs dans le chapitre qui suit que nos observations nous ont conduits à percevoir à Vaudaire un mouvement permanent des professionnels entre le dedans et le dehors de l'unité que nous retrouvons dans leur propos. Ce qui est intéressant de relever ici c'est le même investissement des infirmiers à être dans la rencontre des patients quelque soit les espaces où ces moments se situent.

5.4.2.3. Perception du temps par les patients.

Chaque semaine, on réunit des patients dans un groupe de discussions. Ils trouvent qu'on n'est jamais assez présent dans le milieu. C'est ce qui ressort le plus souvent. « Les infirmiers sont souvent dans leur bureau, ils ne sont pas assez avec nous ». Leur demande serait qu'on soit la majeure partie du temps avec eux dans le milieu, à discuter à les occuper, souvent c'est cela qu'ils demandent. De les occuper, de faire des jeux, de faire du ping-pong, de faire des activités, c'est souvent ce qu'ils demandent. J'ai l'impression que c'est ce qu'ils apprécient le plus. C'est ce qui ressort en tous cas dans les groupes. C'est la présence, qu'on soit avec eux, qu'on ne soit pas forcément entre nous dans le bureau mais qu'on discute avec eux, qu'on soit là. Oui, ça ils le disent toujours qu'on n'est pas assez avec eux. En même temps on leur renvoie qu'ils peuvent toujours venir nous demander en tout temps s'ils ont besoin de quelque chose. Mais on n'est pas là non plus pour les occuper tout le temps. Ils doivent aussi être un peu seuls, ça fait partie de leur traitement. On n'est pas des G.O., parce qu'eux ce qu'ils demandent c'est qu'on soit toujours là à proposer des activités. Je pense qu'il faut trouver le

juste milieu entre aller un peu sur le milieu et plus s'investir mais sans non plus devenir des amuseurs, juste pour les occuper et qu'ils ne réfléchissent pas trop. (Entretien 1)

Les patients, j'ai l'impression qu'ils sont le plus reconnaissant quand on est simplement là, avec eux en fait. Ils apprécient bien les moments qu'on passe avec eux à les écouter ou à leur faire du bien quelque part, par exemple de leur proposer un thé, des petites choses comme ça. C'est beaucoup plus que quand on leur donne les médicaments, je ne sais pas, que quand on fait un entretien avec le médecin. Il me semble que ce n'est pas ça qu'ils reconnaissent. Il me semble que c'est les ballades ou bien souvent quand on va faire des choses avec eux à domicile ou bien aller chercher de l'argent à la banque enfin des choses comme ça, ça ils sont reconnaissants. Rien que le fait, par exemple, de s'asseoir un petit moment avec eux, juste de s'asseoir avec eux à la télé comme ça, ils nous le disent combien ils apprécient et combien on devrait le faire plus souvent. Ils nous remercient pour un pack, mais en fait, on doit le faire. C'est un soin qu'ils ont donc qu'on doit accomplir. Tandis que de venir avec eux à tel endroit, à la limite on n'est pas obligé de le faire, c'est eux qui demandent, et puis maintenant c'est à nous dire si on est d'accord ou pas. On n'a pas forcément envie d'aller accompagner quelqu'un à domicile.

Je crois que ce qu'ils apprécient c'est tout simplement le fait qu'on s'intéresse à eux spontanément sans qu'il y ait un ordre médical derrière ou simplement le fait qu'ils soient à l'hôpital point et puisque nous, on est des infirmières et infirmiers et on fait notre travail. (Entretien 2)

Alors ça je ne sais pas, je pense qu'ils voient le travail du milieu dans des choses concrètes, par exemple, les ballades qu'on fait avec eux. A travers des activités bien concrètes peut-être qu'ils voient qu'on fait un travail en étant avec eux, mais je ne sais pas. Je ne me suis jamais posé la question de comment eux percevaient ça. Le patient, je pense qu'il le voit quand on fait quelque chose avec lui ou qu'on l'accompagne dans certains moments. La famille, je ne sais pas comment ils voient ça parce que souvent quand ils sont là nous on ne va pas rester avec eux. Si par exemple la famille est là, je ne sais pas ce que le patient raconte à la famille de comment ça se passe à l'hôpital. (Entretien 8)

Ces passages nous paraissent extrêmement intéressants à plus d'un titre. Tout d'abord, parce que dans tout le matériel récolté lors des entretiens, ils sont pratiquement les seuls à faire explicitement état de ce que pensent les patients du temps partagé avec les soignants; nous avons eu seulement quelques allusions à ce sujet dans les entretiens de Fraidieu et du CTJ. Mais encore, si ces propos nous donnent un reflet des attentes des patients, ils éclairent aussi les différentes lectures, voire postures que peuvent avoir les professionnels en regard de celles-ci.

Dans l'entretien 1, l'infirmier interviewé associe à la demande des patients une plus grande présence des soignants -plutôt que les soignants restent entre eux dans leur bureau- une attente occupationnelle poussant le trait jusqu'à pouvoir confondre les infirmiers qui y répondraient avec des GO. Il oppose à cela que : « Mais on n'est pas là non plus pour les occuper tout le temps. Ils doivent aussi être un peu seuls, ça fait partie de leur traitement. On n'est pas ... juste pour les occuper et qu'ils ne réfléchissent pas trop ». Au-delà de ce qui peut sembler être une différence de point de vue, on peut s'interroger si le contrepied pris par l'infirmier en question ne relève pas plus d'une défense pour prévenir l'envahissement que recèle pour lui la demande des patients.

Les propos dans l'entretien 2 laissent apparaître chez cet infirmier une posture plus tranquille mais dont « l'humanité » peut interroger la limite posée par le professionnel au patient. On entrevoit bien une réponse à l'isolement de la personne souffrant de troubles psychiques dans cette rencontre humaine consentie ou non par le soignant. « Tandis que de venir avec eux à tel endroit, à la limite on n'est pas obligé de le faire, c'est eux qui demandent, et puis maintenant c'est à nous dire si on est d'accord ou pas. »

Ce qui rend plus perplexe, c'est la distinction que fait le professionnel entre l'obligation inhérente à son rôle infirmier et la spontanéité attribuée à son statut d'humain dans l'intérêt porté à la personne soignée : « Je crois que ce qu'ils apprécient c'est tout simplement le fait qu'on s'intéresse à eux spontanément sans qu'il y ait un ordre médical derrière ou simplement le fait qu'ils soient à l'hôpital point et puisque nous, on est des infirmières et infirmiers et on fait notre travail. ».

Enfin notre dernier interlocuteur (entretien 8) nous montre qu'une autre posture est encore possible : celle de ne pas avoir réfléchi à la question et d'imaginer que ce sont les activités proposées aux patients qui priment.

De notre travail d'observation et des échanges que nous avons eus avec les professionnels, il ressort que les infirmiers composent sans cesse entre le travail requis par les différentes situations de soins des patients hospitalisés, les moments « de creux » comme ils les nomment pour proposer, selon leur disponibilité temporelle et bien plus encore psychique, des activités aux patients ou simplement aller parmi eux dans « le milieu ». Dans leurs propos nous avons souvent identifié que la conception du « travail du milieu » prônée à Nant avait un impact incitatif à s'impliquer auprès du patient mais que chaque soignant relativisait ce mouvement d'aller vers les patients en regard soit de sa propre disponibilité du moment soit des besoins inhérents à la situation du patient.

Nous verrons également après, qu'il est fort probable qu'une valorisation différente par les membres de l'équipe soignante entre les activités informelles et les activités formelles proposées aux patients explique en partie ces différences de points de vue quant aux attentes des patients.

5.4.2.4. Temps valorisé par l'équipe soignante.

Je pense que ce qui est plus valorisé au sein de l'équipe c'est encore les entretiens formels, je crois. Parce qu'on se dit « ah, tu as eu beaucoup d'entretiens, tu es fatiguée, tu es crevée, repose toi un moment » alors que quand on a passé du temps avec le patient ou comme ça de façon informel voilà...c'est comme si on n'avait pas travaillé.

Les ergo valorisent aussi les moments informels, parce qu'elles nous demandent souvent le vécu avec le patient, de pouvoir comparer avec ce qu'elle peut vivre en ergothérapie. Les médecins aussi j'ai l'impression, parce qu'ils ont besoin aussi de savoir ce qu'il s'est passé durant la journée, toujours ce qui s'est passé le week-end. Mais je ne sais pas ça dépend, pour les médecins, j'ai l'impression que c'est nous qui transmettons les choses et je ne sais pas si c'est très bien écouté les choses qu'on vit avec les patients sur le service. Mais le meilleur lieu où ça l'est, c'est les synthèses. C'est là, c'est vrai, que je me sens valorisée dans mon travail que j'ai fait de façon informel. C'est dans les synthèses que je me sens le plus valorisée où cela a son importance. (Entretien 6)

Les moments infirmiers, on en parle moins ou peut-être un peu moins, en tous les cas pas la même chose. Les moments infirmiers passeront un peu inaperçu, il y en a pourtant qui sont aussi très intéressants parce que la personne s'ouvre un peu plus. Elle raconte des choses de sa vie qui sont aussi très importantes à ce moment-là, même si ce n'est pas un moment officiel et déterminé. Des fois, c'est des petits moments comme ça où ça se passe surtout avec l'infirmière et le patient.

Une chose très importante, pour moi c'est, que tout ce que je fais avec le patient ou toutes les situations, que ça ait un sens pour moi, que je sache pourquoi je le fais, pas parce qu'on m'a dit de le faire, il faut vraiment qu'il y ait un sens. Ça je trouve vraiment important, dans le sens réfléchi ça veut dire que plusieurs thérapeutes se sont mis ensemble pour. Si on propose un traitement hospitalier, c'est quelque chose qui va durer, alors c'est important que tout le monde soit d'accord. Alors qu'un moment infirmier si quelqu'un n'est pas bien et nous demande à nous voir un moment, je veux dire que pour moi le sens y est et c'est aussi réfléchi mais ça se fait aussi comme ça. Sans l'intervention d'autre personne. De ces moments infirmiers, s'il y a des choses qui apparaissent à ce moment là ou

des choses qu'on découvre, on commence à connaître le patient ; on retransmet ça c'est clair. Mais c'est moins formel. Les moments infirmiers, c'est des moments qui viennent, que le patient demande, ça vient de lui, et il en a besoin à ce moment-là donc c'est important. (Entretien 8)

Ces extraits relevés dans deux des entretiens conduits auprès des infirmiers travaillant en milieu hospitalier, donnent un éclairage intéressant à l'une des questions de départ de cette recherche à savoir si le travail de milieu n'était pas désinvesti par les professionnels en regard du travail structuré.

Leurs propos donnent à penser que la problématique se situe d'avantage dans la reconnaissance de ce travail, que nos interlocuteurs qualifient d'informel, par les pairs et les autres membres de l'équipe soignante, les médecins en particulier.

L'infirmier interviewé (Entretien 6) explicite clairement qu'au sein de l'équipe, le travail relevant des entretiens formels (activité structurée) est reconnu entre collègues en regard de la fatigabilité qui peut en découler. Il précise même que d'être auprès des patients, de partager des moments informels n'est pas reconnu par ses pairs comme du travail ou en tant que tel.

Seules, pour lui, les ergothérapeutes semblent s'intéresser à ce qui se passe dans ces moments-là. Nous avons nous-mêmes pu observer lors du colloque auquel nous avons assisté à Vaudaire, que les ergothérapeutes présentes étaient en effet les seules à interroger leur collègue infirmier sur leur relation et perception du vécu des patients qu'elles accueillaient en ergothérapie. Nous avons été même étonnés de constater qu'elles faisaient des liens avec les fonctions du milieu. Leurs réflexions trouvaient, de notre point de vue, peu d'écho au sein de l'équipe pluri-professionnelle et paraissaient être partagées seulement avec l'infirmier présent. Aux dires de notre interviewé, les séances de synthèse sont des espaces où ce vécu propre aux infirmiers est plus reconnu.

Notre autre interlocuteur (Entretien 8) apporte un éclairage différent à ce manque de valorisation du travail infirmier informel. Il met en relation son implication auprès des patients avec son besoin et sa recherche de sens dans son travail de soignant. De notre point de vue, son argumentation parle de sa capacité à habiter son autonomie professionnelle. Son propos met en tension la recherche de cohésion interne visée dans un projet d'hospitalisation partagé par tous les protagonistes et la possibilité qui est la sienne de répondre aux sollicitations des patients sans forcément que cela lui soit prescrit.

5.4.2.5. Temps d'exposition et de retrait

Je pense qu'il pourrait y avoir plus de moments, qui viennent de nous bien sûr. De jeux, de moment à passer avec eux, à lire le journal, enfin, des moments sur le service, sur le milieu. Les moments entretiens, cadres, y en a assez. Mais c'est vrai que des fois, on a pas toujours le temps et l'envie d'être tout le temps empathique, tout le temps à l'écoute et puis suivant quel patient il y a sur le service et bien on a tout simplement pas envie d'y aller. Parce que c'est difficile le contact, ou je ne sais pas quoi. Il pourrait y avoir plus de moment où on est juste là, spontanément, ça c'est vrai. C'est aussi des périodes en fait. (Entretien 2)

Alors justement cela peut être du temps où l'on peut soit être un peu être entre nous dans le bureau avec des infirmiers peut-être évoquer les problèmes que l'on côtoie avec les patients et de parler de tout autre chose, de nous, de choses privées c'est aussi important de vivre ça dans l'équipe. (Entretien 1)

On essaie, j'avoue qu'il y a des jours on n'a pas le temps, l'énergie d'aller se mettre sur le milieu c'est vrai. Quand ils ont cette demande, moi je suis partagée, des fois je me dis oui c'est vrai que je devrais y aller plus souvent, c'est vrai que c'est humain une fois qu'on a eu une grosse journée on apprécie d'être un petit quart d'heure entre nous, de prendre un petit café parler d'autre chose que du travail. (Entretien 1)

Dans ces extraits d'entretiens, les infirmiers expriment ce qui les amène à ne pas être si souvent dans le milieu avec les patients qu'ils devraient ou souhaiteraient l'être. Ils l'expliquent tout d'abord par un manque de temps mais aussi par leur manque d'envie ou d'énergie.

Lors de nos observations, nous avons été sensibles à leurs mouvements d'aller vers les patients, que nous qualifions ici de temps d'exposition, et à leur retour dans le bureau infirmier, qualifié de temps de retrait. Notre attention a été retenue par l'intensité de leur présence à leur retour. Nous avons repéré, en échangeant avec eux, ce qu'ils pensaient, ressentaient et éprouvaient, et que selon les professionnels, leurs attitudes pouvaient différer mais que le même processus interne les habitait. Certains revenaient au bureau silencieux et concentrés, manifestement en pleine réflexion et se mettaient à échanger avec un ou l'autre de leur collègue s'ils y étaient conviés. D'autres entraient dans le bureau en exprimant ce qu'ils venaient de vivre en manifestant leur besoin d'échanger avec leurs collègues présents.

Dans notre perception d'observateur, nous avons ressenti que tous les professionnels entrant dans le bureau après avoir été au contact de l'un ou l'autre des patients étaient comme « en charge » et en tension importante. En assistant à leurs échanges ou en les provoquant parfois, nous avons perçu comme un apaisement dans leur posture.

Les professionnels avec lesquels nous avons échangé sur l'appréhension de la réalité qu'ils nous renvoyaient, ont exprimé les mêmes remarques que nous trouvons dans les entretiens ci-dessus. Dans leur argumentation, ils faisaient bien état de ce besoin de se ressourcer aux contacts de leurs pairs et de s'extraire parfois de la pénibilité inhérente au mode relationnel de certains patients.

Dans leurs contre-arguments, ils faisaient référence aux reproches de certains patients qui considèrent qu'ils ne sont pas suffisamment présents parmi eux (voir précédemment) mais aussi de l'incompréhension ou du moins de la non prise en considération de cette nécessité de retrait dans les nouveaux systèmes de mesure de la charge en soin (référence au LEP).

Lors de nos échanges avec notre partenaire de terrain, cette spécificité du travail infirmier mise à jour dans notre travail de recherche a été reconnue comme un apport original et nouveau pour valoriser le travail de milieu réalisé par les infirmiers.

5.4.3.- Organisation et gestion du temps au Centre Thérapeutique de Jour (CTJ)

5.4.3.1. Temps construit par les soignants pour les patients.

On arrive à 8h30 pour faire, dans un premier temps, tout ce qui est administratif et discuter entre collègues de certains patients qui ont posés un problème le jour d'avant ou dont on observe un changement clinique. A partir de 10h, c'est la rencontre avec le groupe des patients et là je dirais que c'est une journée qui commence dans le groupe avec les patients jusqu'à 16h30.

Je trouve que c'est un peu deux phases distinctes, un moment entre soignants et après toute la journée avec les patients. Il faut être disponible, avoir un peu un regard qui balaie tout le groupe pour déceler des indices de ce qui va bien, de qui va mal et d'être attentif et de jauger comment ça va en arrivant le matin. (Entretien 4)

A 10h, on se réunit une première fois tout le groupe, les patients et soignants qui sont là pour la journée. On décide du repas avec les patients et on organise qui fait les achats. C'est un premier moment qui marque le début de la journée. A ce moment-là les patients vont aussi payer leurs repas. Cet axe « groupe », vie communautaire, se poursuit au moment du repas, entre 12h et 13h. On est avec les patients parce qu'on mange avec eux. Cela nous permet d'exploiter ce qu'il se passe dans le groupe.

Dans l'après-midi, ça dépend. Il y a parfois des activités comme l'atelier vidéo. On participe à la sortie du jeudi après-midi avec les patients donc on est toute la journée avec eux. Les soignants sont également présents lors du colloque thérapeutique. Il y a des patients qui vont être dans le salon, qui vont discuter entre eux. D'autres vont faire la sieste parce qu'ils ont besoin de repos ou certaines activités comme des jeux ou autres,

Nous, les soignants, on est au maximum dans le groupe. Enfin ces temps c'est un peu compliqué parce que nous sommes très occupés par pas mal d'entretiens, vu qu'il y a pas mal de patients. Du coup on passe pas mal de temps à voir les patients, soit seul en entretien, soit avec les thérapeutes du Centre de jour.

On essaie de terminer les entretiens à 16h pour terminer la journée avec les patients entre 16h et 16h30. C'est important d'être un moment avec eux avant qu'ils partent afin de pouvoir clore la journée tous en groupe comme on l'a commencé le matin à 10h. Il y a certaines choses à régler avec eux. La journée avec les patients se termine à 16h30 mais on ferme à 17h. Pendant cette demi-heure des patients peuvent encore être là et nous, en équipe, c'est le moment de se transmettre les informations, de parler de ce qui s'est passé dans la journée, parler de certains entretiens. C'est un moment un peu d'intervention. (Entretien 3)

Les propos relevés dans les deux interviews conduits avec des infirmiers du Centre Thérapeutique de Jour décrivent ce que nous avons nous-mêmes constaté lors de nos journées d'observation. Le temps y est construit par les soignants et il permet aux patients de participer à des activités de groupe autour principalement du repas de midi, de bénéficier d'entretien individuel et/ou de s'isoler au sous-sol s'ils le souhaitent. Cette organisation journalière / hebdomadaire est mise en visibilité pour les patients sur le tableau d'affichage à l'entrée du CTJ. Il est attendu des patients qu'ils s'y réfèrent, par exemple, pour savoir quand est planifié leur entretien avec leur infirmier référent.

Le planning est établi par l'équipe soignante chaque semaine. La programmation exige de combiner les activités de groupe et les entretiens individuels en tenant compte des jours de fréquentation pour chaque patient et de la présence des infirmiers.

Nous verrons au chapitre suivant combien cette gestion du temps induit une atmosphère animée par les soignants qui contraste avec la passivité de la plupart des patients présents.

5.4.3.2. Contraintes pour les soignants entre le temps communautaire et le temps individuel.

Dans la journée, il y a aussi la conduite des entretiens, trop à mon goût. Du coup, on est moins dans le groupe et on est moins présent dans le milieu. Je suis attentif à diminuer les entretiens pour être plus dans le groupe pour faire, à mon avis, mon travail de soignant, d'être dans le groupe, dans un travail de milieu avec le patient.

Plus on a d'entretiens, moins on voit paradoxalement les patients. Je privilégie plutôt le groupe comme activité soignante que l'entretien individuelle car tous les patients qui sont en traitement chez nous ont un pôle individuel avec un médecin. Sinon les rôles peuvent être vite confus pour les patients qui peuvent penser avoir une sorte de pseudo psychothérapie déléguée ici. De plus, on a alors des demandes qui nous arrivent par rapport aux médicaments qui ne sont finalement pas notre problème et qui prennent du temps sur notre travail. L'entretien individuel, pour reprendre des situations qui se passent au Centre de Jour, je pense que c'est très utile. Par contre pour les patients, je ne sais pas si c'est si clair que ça ; ils voient ça aussi comme consultation individuelle. Je pense qu'il faut être très clair dans ces rôles là. Ou sinon après on fait que des entretiens et ce n'est pas franchement notre boulot. (Entretien 4)

Nous retrouvons dans ces dires une des contraintes à propos de laquelle nous avons eu l'occasion d'échanger avec les professionnels lors de nos observations. Tous relèvent en effet, la difficulté de plus en plus grande qu'ils ont à être présents dans le groupe des patients compte tenu de l'augmentation constante des entretiens individuels qu'ils ont à assurer et de l'accroissement de séances de coordination auxquelles ils doivent participer. A noter que ces entretiens concernent non seulement les patients qui fréquentent le CTJ mais aussi des patients externes dont ils assurent le suivi à long terme.

Ces propos font également apparaître une tension entre l'investissement temps inhérent à cet accroissement du nombre d'entretiens individuels et la réduction du temps pouvant être du coup consacré à être présent dans le groupe. Notre interlocuteur qualifie cette tension de paradoxale dans ce qu'elle engendre de son point de vue de moins voir les patients.

Le paradoxe nous apparaît aussi pouvoir résider dans la difficulté –dans la faisabilité– que vivent les professionnels au quotidien à répondre à la mission du CTJ qui prévoit une offre en soins basée à la fois sur une approche thérapeutique communautaire et un suivi psychiatrique individuel. Il faudrait donc être attentif à ne pas préjuger d'un éventuel désinvestissement du travail de milieu par les professionnels au vue de leur présence restreinte dans le groupe par exemple mais bien plus d'examiner la faisabilité pour eux de répondre à cette double attente aujourd'hui. Un autre passage de l'interview nous laisse penser que l'équipe a déjà dû faire face à cette problématique et a dû trouver des solutions :

La culture du Centre de Jour est très liée aux personnes qui l'ont créé il y a 22 ans. A cette époque-là, mes collègues étaient encore plus avec les patients, il faut dire qu'il y en avait beaucoup moins. Pendant les premières années, il y en avait 10 à 15 patients et c'était vraiment vivre avec les patients toute la journée. L'idée des deux personnes qui ont créé le Centre de Jour et qui sont encore là maintenant c'était vraiment d'être avec les patients ; leur « patte » persiste.

A un moment donné, cela a tourné. Il y avait plus de patients, il y avait beaucoup trop d'entretiens et on a réfléchi à tout ça. C'est aussi une culture qui change ; il y a des choses qu'on ne fait plus maintenant, notre regard change et on met des priorités ailleurs. (Entretien 3)

5.4.3.3. Longueur de temps pour un travail à long terme

Les patients restent longtemps au Centre de Jour et je trouve que d'avoir un peu du temps, avec les patients, devant nous, cela permet vraiment de faire un projet avec eux. On peut aller explorer un peu toutes les palettes de leur vie et ce n'est pas de l'express ; j'aime bien cette idée de créer un peu une histoire, une rencontre. (Entretien 3)

Notre pratique est bien réfléchie. On n'est pas encore pris dans une logique d'hyper activisme, ce qui a tendance à arriver en France, en Belgique ; les patients sont sur-occupés ; je ne suis pas partisan de cela avec les patients.

Le temps est un peu suspendu ici. Pour l'instant, on n'a pas de contrainte par rapport à des assurances, on prend le temps de faire les choses. Je pense qu'avec les patients, je suis bien dans l'histoire que j'ai avec le patient, sur la longueur. Par exemple, avec un patient borderline gravissime avec qui je suis en lien, là j'ai l'impression de faire du bon boulot. C'est du travail à long terme. (Entretien 4)

Nous avons identifié lors de nos observations, cette dimension du temps qualifiée par l'un et l'autre de nos interlocuteurs par « avoir du temps » et par « le temps est un peu suspendu ici », dans la connaissance mutuelle qui se dégageait des contacts entre les soignants et les patients au CTJ. Les soignants sont des mémoires vivantes de l'histoire et de la trajectoire des patients et il arrive fréquemment qu'ils y fassent allusion ou le rappellent aux patients selon les circonstances.

Nous avons aussi pu observer que les patients les sollicitent à se souvenir lorsqu'un événement actuel réactive une expérience passée. En l'occurrence, une patiente demandait à l'un des soignants qu'elle avait rencontré l'année précédente au Festival de Jazz de Montreux de lui rappeler comment elle y avait participé ; ce même festival s'ouvrait quelques jours plus tard et elle comptait bien en être.

5.4.4.- Synthèse sur le rapport au temps dans les trois secteurs étudiés : le résidentiel, l'hospitalier et l'intermédiaire

La longueur du temps est une des caractéristiques de Fraidieu, unité résidentielle ; les prises de médicaments et les demandes des patients au bureau rythment le temps qui passe. Une ritualisation et répartition des activités logistiques entre les membres de l'équipe selon leurs différentes affinités et intérêts semblent leur permettre d'échapper à l'ennui d'un contexte « bas seuil »¹⁶ ; ce dernier ne concerne pas seulement les patients mais touche également les professionnels qui assurent de leur présence quotidienne des résidents vivants ici mais qui donnent l'impression de ne faire que passer pour dormir, se reposer ou solliciter de l'aide. Il nous est alors apparu que seul un investissement positif des patients par les professionnels, et ce quelque soit leur situation, et une forte cohésion d'équipe sont les clés pour résister à ce qui pourrait être sans cela un théâtre de l'absurde et du néant.

En nous référant au chapitre des fonctions du milieu selon Gunderson (4.3.), nous pouvons établir un lien entre ce rapport au temps construit par les patients, la disponibilité requise des soignants pour y répondre et les fonctions du milieu –validation et soutien- que nous avons considéré comme pouvant être privilégiées à Fraidieu dans notre hypothèse.

L'imprévisibilité et l'aléatoire sont les caractéristiques du rapport au temps de l'unité hospitalière de soins aigus de Vaudaire. Et pourtant, nous y avons observé une certaine rythmicité liée, entre autres, à la prise ou l'administration des médicaments, des soins et traitements programmés pour les patients hospitalisés. Là aussi, l'organisation et la gestion du temps semblent échapper aux professionnels même s'ils la diligentent par des programmes journaliers relevant du cadre thérapeutique fixé pour chaque patient en phase aiguë et auxquels ils participent largement à en définir les contours et les limites. Ce sont les comportements et réactions des patients à ces contraintes qui rendent la dimension du temps à Vaudaire difficilement prévisible. La capacité des professionnels à tenir le cadre demande bien souvent des compétences de négociation et de clarification avec les patients et une souplesse pour réajuster l'organisation de leur travail le cas échéant.

Notre appréhension du rapport au temps à Vaudaire par le croisement du matériel de nos observations et de celui récolté dans les entretiens, a permis de mettre en évidence des caractéristiques du travail infirmier en psychiatrie. Tout d'abord, il existe une tension entre les différentes postures possibles des professionnels en regard des attentes des patients à les vouloir plus présents parmi eux. Il nous apparaît donc que l'éclairage apporté par la valorisation plus ou moins grande au sein de l'équipe au temps de travail informel auprès des patients donne un premier niveau d'explication sur la variabilité de l'implication des soignants dans le travail de milieu.

¹⁶Nous entendons par « bas-seuil », un niveau de traitement adapté au potentiel d'évolution très réduit de certains patients souffrant de pathologie grave. Ce type de projet thérapeutique à « bas-seuil » vise plutôt le maintien et l'accompagnement que des projets thérapeutiques à visée évolutive qui risquent de compromettre l'équilibre psychique très fragiles de ces patients.

Mais bien plus encore, la mise en évidence par les infirmiers interviewés et observés de la nécessité d'avoir des temps de retrait après s'être exposé auprès des patients permet d'identifier qu'il se passe quelque chose d'intéressant à explorer plus avant par la suite pour mieux comprendre leur travail au quotidien.

Les autres caractéristiques du temps développés précédemment nous permettent d'établir un lien avec les fonctions du milieu dont nous avons postulé qu'elles étaient spécifiques à ce milieu d'hospitalisation. Le temps institué et activé pour le « faire » par les soignants et celui qui leur permet d'« être » avec les patients renvoient à la fois aux fonctions de structuration et de contention.

Au Centre de Jour, nous avons pu constater la grande autonomie dont dispose l'équipe soignante pour organiser la planification des différentes activités proposées aux patients. La localisation en ville et à distance du site hospitalier et administratif de la Fondation et la présence « distante » du médecin et de la psychologue répondants du CTJ favorisent en partie cette marge de manœuvre plus grande, mais n'expliquent pas, de notre point de vue, ce mode de fonctionnement. L'implication et la maturité professionnelle des membres de l'équipe nous paraissent déterminantes.

Les fonctions du milieu de mobilisation et soutien dont nous avons postulé qu'elles étaient privilégiées au Centre Thérapeutique de Jour, paraissent sous-tendues par ce rapport au temps construit par les soignants pour les patients. Ainsi, si nous nous référons aux fonctions du milieu selon Gunderson (4.3.), la fonction de structuration, ici celle du collectif, serait un des ingrédients, voire un préalable, qui permet la mobilisation et le soutien individuel des patients.

Enfin, nous aimerions faire deux dernières remarques sur ce qui caractérise un rapport au temps différents entre l'unité hospitalière et les unités intermédiaire et résidentielle.

La première concerne notre perception d'un travail en autarcie qui se dégage du mode d'organisation très autonome, et assuré essentiellement par l'équipe infirmière, de ces deux derniers services (CTJ et Fraidieu). D'ailleurs, les professionnels interviewés dans ces deux secteurs ne font pas état d'une collaboration avec d'autres professionnels de la santé ou du social contrairement aux propos des infirmiers de Vaudaire dans lesquels apparaissent les ergothérapeutes, l'assistante sociale et les médecins. Cependant les ouvertures et contacts avec des collègues externes existent et sont partagés dans les différentes séances de travail pluridisciplinaires auxquelles sont associés les infirmiers de Fraidieu et du CTJ. Ce travail en réseau permet certainement de prévenir un enfermement des professionnels et garanti, en plus de leur travail d'intervision à l'interne, une forme de supervision.

La deuxième remarque se rapporte aux propos des infirmiers de Fraidieu, unité résidentielle et du CTJ, unité intermédiaire, qui dénotent qu'ils ont conscience d'un contexte économique de plus en plus prégnant sur leur rapport au temps avec et pour les patients et de la situation encore privilégiée qui prévaut à la Fondation de Nant.

Laisser du temps au temps est une des conditions qui leur permet de réaliser un travail cohérent et respectueux des processus psychiques des patients nécessaires à tout travail thérapeutique en psychiatrie.

L'impact des contraintes professionnelles sur le travail de milieu.

Ainsi, si d'un côté le « travail du milieu » en tant que concept thérapeutique est défendu par la Fondation de Nant et c'est ce qui constitue sa singularité institutionnelle, d'un autre côté les observations menées nous ont permis de constater que les pratiques concrètes du travail dans ces trois secteurs comprennent d'autres réalités ; elles sont également à prendre en compte pour comprendre ce qui peut être perçu comme un désinvestissement des infirmiers pour le

travail de milieu. D'ailleurs, les propos recueillis lors des interviews parlent également dans ce sens.

La principale de ces réalités est relative à la densité des différents espaces-temps de l'activité infirmière. Ainsi la multiplication des entretiens individuels et des différentes séances de travail en équipe pluridisciplinaire, auxquels les professionnels participent pour gérer les trajectoires thérapeutiques des patients, ont maintes fois été évoqués par les infirmiers pour expliquer la compression de l'espace-temps lié au travail de milieu. Les plus jeunes nous ont également fait part que, de leur point de vue, cette augmentation du nombre de séances l'était au détriment du travail de supervision dont ils souhaiteraient bénéficier. Car c'est dans l'espace de supervision qu'il leur semble possible d'appréhender, d'intégrer et d'incorporer la conception et les fonctions du travail du milieu à mobiliser dans leurs approches de soin au quotidien.

Les nouvelles demandes auxquelles les infirmiers doivent répondre tant sur le plan institutionnel qu'en regard des demandes et des attentes des patients et de leur entourage semblent également influencer leur rapport au travail et plus particulièrement leur disponibilité à celui du milieu. Ainsi la saisie des données pour le LEP qui, si elle reflète en partie leurs prestations, n'est considéré pour la plupart que comme une réification de leur réalité dans laquelle ce qui relève du travail du milieu n'est pas valorisé.

Nous avons aussi pu constater, par exemple, que les patients les sollicitent de façon fréquente pour des demandes d'antalgiques en lien avec des plaintes somatiques, ce qui augmente pour les professionnels la complexité des situations à gérer. Ils nous ont d'ailleurs confirmé un net accroissement de ce type de demande et de leur « impuissance » bien souvent à pouvoir répondre autrement qu'en administrant le médicament prescrit même s'ils ne sont pas convaincus que cela soit la bonne réponse pour le patient.

Enfin, nous avons également pu observer et ressentir la « pesanteur » des situations auxquelles les infirmiers sont exposés au quotidien et à la pénibilité physique et psychique qui en découle. Nous avons été particulièrement frappés par cet état d'alerte permanent et quasi inconscient qui mobilise leur attention et surveillance des mouvements des patients.

Ceci n'est certes pas une nouvelle réalité des milieux psychiatriques, mais ce qui peut s'être modifié c'est, d'une part, l'investissement consenti par les professionnels pour y faire face compte tenu des évolutions constatées dans le rapport au travail de notre société. D'autre part, les considérations sociales de la valorisation du travail passant par l'efficacité et la production de résultats doublés d'une quasi exigence de risque zéro, peuvent exercer des pressions fortes mêmes si elles sont inconscientes chez les infirmiers et ainsi accroître la pénibilité de leur travail.

5.4.5.- Typologie du temps et mise en perspective.

Le rapport précité de Gajo (2004) propose une typologie des temps pouvant être vécu tant par les soignants que par les patients, en référence aux travaux de Grosjean & Lacoste (1999). Tout d'abord le *croisement du temps privé et professionnel*. Il y est fait référence par exemple aux temps de visite des malades par leurs proches mais aussi à la superposition des temps civils et professionnels lors d'échanges patient-soignant. Les auteurs relèvent cependant que :

Généralement, c'est le personnel soignant qui est habilité à donner le ton mais ce croisement temps civil, temps thérapeutique est très méticuleusement détruit s'il est illicite c'est-à-dire utilisé par un patient pour « esquiver » une demande thérapeutique. (Gajo & Coll, 2004, p.23).

Ensuite, la **continuité et discontinuité du temps pour les soignants et pour les patients**. Ce type de temporalité met en évidence le paradoxe qui existe entre la discontinuité des activités des professionnels et qui s'explique par leurs horaires et la continuité à laquelle s'attendent les patients dans leur suivi.

Pour les soignants, la continuité est alors organisée par les colloques de relève(ou de service) ainsi que par tout les supports écrits dont l'équipe dispose (cardex, cahier d'annotation, plan mural des soins et prise en charge, etc.). Cette discontinuité peut-être source d'inquiétude pour le patient, mais aussi un temps incertain qui lui permet d'obtenir d'un soignant ce qui lui a été refusé par un autre...En psychiatrie, notamment, le personnel tente de limiter cette possibilité de contredire la décision d'un collègue en le consultant avant toute réponse ou en renvoyant le malade à son infirmier de référence. (Gajo & Coll, 2004, p.23).

La différence de **perception du temps** recouvre le vécu « trop court » des professionnels compte tenu des activités qu'ils ont à gérer et le « trop long » vécu par le patient.

L'**hétérogénéité du temps** se réfère aux différences de densité de l'activité des soins par exemple au quotidien entre le matin et l'après-midi voire la nuit et entre la semaine et le week-end :

Ainsi en psychiatrie, l'organisation du week-end donne lieu à deux colloques soignants-soignés, le premier pour organiser les sorties et les occupations pour ceux qui restent à l'hôpital et l'autre pour faire le bilan (Gajo & Coll, 2004, p.24).

Enfin la **négociation du temps** révèle les différences d'autonomie dont dispose le patient selon qu'il est hospitalisé, dans quel cas c'est essentiellement les soignants qui vont organiser son temps, ou alors s'il est à domicile où il lui est possible de négocier les moments d'interventions des professionnels.

Nos observations de terrain, les propos des professionnels interviewés et notre travail d'analyse du rapport au temps dans les trois lieux étudiés (résidentiel, hospitalier et intermédiaire) nous permettent de repérer des indices en lien avec cette typologie.

Tout d'abord le **croisement du temps privé et professionnel** est très présent au CTJ, unité intermédiaire, où les patients apportent avec eux leur vécu quotidien relevant de leur sphère privée. A Fraidieu, ces temps privé et professionnel pourraient être superposé compte tenu du fait qu'il s'agit d'un lieu de résidence pour les patients. Mais nous avons observé, comme le relève Gajo, que les infirmiers donnent le ton en la matière, par exemple, en restant la plupart du temps à distance des sollicitations des patients qui confondraient ces deux dimensions. A Vaudaire, ce croisement du temps privé et professionnel coexiste mais semble là être régulé par les patients dans ce qu'ils seront d'accord ou capable de livrer dans la rencontre et l'établissement d'un lien recherché par les soignants.

Nous avons pu identifier certains indicateurs de la **continuité et discontinuité du temps pour les soignants et pour les patients** lors de nos observations et dans les propos des infirmiers interviewés.

Cette recherche de continuité du temps par les soignants s'inscrit dans différents espaces de parole. Le premier est interne à l'équipe infirmière et il assure fonctionnellement les remises de service d'une équipe à une autre selon leurs horaires. Nous avons pu noter, ici comme ailleurs, que ces échanges infirmiers lors des différents rapports journaliers ne se limitent pas au seul passage d'informations et que selon le groupe, ou devrions nous dire d'équipe présente, la nature des échanges peut varier. Ces variations peuvent aller de la transmission

d'éléments, événements factuels nécessaires à connaître pour assurer la suite du service et des prises en soins, à des moments d'« arrêt sur image » pour évoquer une ou l'autre des situations des patients et le vécu y relatif de l'un ou l'autre professionnel qui la relate. Nous avons pu observer lors de nos différents passages combien ces évocations étaient inhérentes à la cohésion de l'équipe et lorsque ce préalable existait combien les échanges entre collègues étaient riches, respectueux et soutenant pour celui qui s'était exprimé.

Seule l'équipe du Centre de Jour qui assure la continuité de la prise en soins des patients présents sur la journée n'effectue pas de remise de service en tant que telle. Au jour le jour, les professionnels présents échangent, le matin avant l'arrivée des patients, les informations marquantes des jours précédents avec ceux qui étaient en congé précédemment. Après le repas de midi, pendant leur pause de midi, et dans des échanges qui peuvent paraître informels, ils partagent leur vécu et leurs réflexions sur ce qui se passe au sein du groupe de patients présents ou sur le vécu de l'un ou l'autre des patients en particulier.

Les colloques interdisciplinaires sont le deuxième type d'espace de parole pour les infirmiers. Ils réunissent les différents partenaires de la prise en soin des patients variables dans les trois unités observées.

Nous pouvons identifier la notion de *discontinuité* du temps vécue par les patients dans leur demande pour que les infirmiers soient plus présents parmi eux. Ce souhait est explicité clairement dans les retours que les infirmiers de Vaudaire nous ont donnés des groupes de discussion qu'ils ont avec les patients. L'infirmier de Fraidieu, quant à lui, évoque que les patients ne considèrent pas que le temps qu'il passe au bureau leur soit en grande partie dévolu.

Au CTJ, la question ne se pose pas de la même manière. Du fait de l'omniprésence des soignants dans la vie communautaire et quotidienne du Centre, nous pourrions penser qu'aucune rupture temporelle n'est vécue par les patients. Nos observations nous ont permis de constater qu'en l'absence des infirmiers occupés par la conduite d'entretiens individuels, les patients livrés à eux-mêmes paraissaient moins animés, un peu comme en arrêt sur image, et se remettaient en mouvement à l'arrivée de l'un ou l'autre des soignants. N'y aurait-il pas à voir dans ces changements de thymie des patients un signe d'une interruption du temps, voir de courant ?

Notre étude du rapport au temps dans les trois secteurs de soins retenus, nous permet de corroborer la notion de différence de *perception* du temps définie ci-dessus. Outre les spécificités que nous avons déjà relevées, notre observation du déroulement d'une journée et les propos des infirmiers interviewés parlent en faveur d'un temps de travail rempli d'activités à mener à bien par les professionnels (entretiens, colloques et sollicitations des patients). Le temps des patients semble lui se dérouler au ralenti ou du moins au rythme soit de ce qui leur est proposé au CTJ ou à Vaudaire, soit de leur propre rythme à Fraidieu.

Nous avons noté une autre nuance à cette différence de perception du temps, que celle définie par Gajo dans les propos de l'infirmier de cette dernière unité. Sa perception subjective, telle qu'il la définit lui-même, distingue un rapport au temps qui passe, différent dans celui qu'il partage avec les patients ou de celui qu'il passe avec ses collègues:

Je m'attache beaucoup à être avec les patients, je dirais 70% de mon temps ; le reste est consacré à des activités administratives ou des activités de soins indirects. En disant 70%, j'y vais un peu fort. Parce que, le temps paraît un peu disproportionné, le temps peut-être que je passe avec les patients me semble passer plus longtemps et le temps que je passe avec mes collègues me semble passer plus vite. C'est une perception subjective.... (Entretien 10)

Si on se réfère aux propos des infirmiers de Vaudaire, unité d'hospitalisation, l'***hétérogénéité du temps*** se manifeste au quotidien. Ils décrivent des « moments creux » ou des « moments plus tranquilles », qu'ils associent entre autres à la non présence des médecins, en regard du reste de la journée où ils sont occupés par les soins et les entretiens médicaux-infirmiers.

Au CTJ, pour les soignants, cette notion est à percevoir dans l'organisation hebdomadaire des activités proposées. Nous avons-nous-même observé que le jeudi consacré à la sortie avec les patients, rompt le rythme du reste la semaine minutieusement organisée avec la même densité d'activités matin et après-midi compte tenu des entretiens individuels à conduire. Pour les patients la densité de l'activité se réfère davantage aux moments communautaires liés au choix, à la préparation et au partage du repas de midi.

Enfin, pour Gajo la ***négociation du temps*** révèle les différences d'autonomie dont dispose le patient pour organiser son temps. Selon lui, le patient hospitalisé est plus préterité que le patient à domicile dans la négociation de ses choix. Nous avons, quant à nous, relevé précédemment comment ces négociation ou cette gestion du temps par les patients peut varier dans les trois secteurs étudiés : l'hospitalier, l'intermédiaire et le résidentiel. C'est à Fraidieu, unité résidentielle, qui peut être assimilée à un domicile transitoire pour les patients, que les patients ont le plus d'autonomie. Le CTJ, unité intermédiaire, organise le temps du collectif des patients présents au quotidien, mais laisse aux patients une autonomie individuelle pour gérer leur temps journalier en dehors des moments communautaires. A Vaudaire, unité d'hospitalisation, nous avons vu que le temps était effectivement institué, mais qu'une fois la phase aigue passée, les patients pouvaient solliciter les soignants selon leurs besoins et leur attente. Les professionnels gardent la maîtrise de ces négociations dans la mesure où ils peuvent accepter ou refuser ces sollicitations selon leur propre disponibilité ou envie.

A cette typologie du temps proposée par Gajo, en référence aux travaux de Grosjean et Lacoste, nous souhaiterions ajouter une dimension qui relève de la complexité de tous les métiers de l'humain dit aussi les métiers impossibles selon Freud. Comment désigner ce temps où coexiste le « faire » et l'« être » ? Comment préciser la valance mise à l'un et l'autre selon la nécessité de la situation et de la disponibilité psychique du soignant ? Questions auxquelles il est difficile de répondre et qui met en relief toute la difficulté à cerner ce rapport au temps fait d'implicite, d'invisible dans le travail en psychiatrie. Nous nous osons cependant à proposer un autre type de temps pour qualifier ce travail de l'humain des soignants et des patients en psychiatrie qui se réfère, il est vrai, à une référence plus philosophique du temps, et que nous nommerions le *temps incorporé, vécu et vivant*.

5.5.- Environnement et espace comme déterminants de la pratique de soins

Nos observations de terrain nous ont permis de constater que l'aménagement de l'espace de ces trois lieux de soins donne des indications quant aux « scènes » dans lesquelles se déroule le travail des infirmiers. Si nous avons pu trouver des similitudes avec d'autres milieux de soins tels que des hôpitaux en soins généraux, certaines spécificités liées au milieu psychiatrique nous semblent importantes à relever car elles conditionnent le travail des professionnels. De plus, il nous est apparu qu'une partie non négligeable du travail des infirmiers réside à cadrer, souvent, à délimiter, à activer et à contrôler soit le mouvement des patients dans les différents espaces institutionnels, soit dans les propositions faites lors des séances d'équipe multi professionnelle, soit dans l'accompagnement des patients au quotidien.

Nous empruntons à Gajo (2004) deux définitions du contexte qui nous permettent d'identifier les dimensions à prendre en compte dans les comparaisons entre les trois secteurs de soins observés que nous développerons ci-dessous :

***Définition externe.** Le contexte est vu dans sa matérialité, son objectivité, comme quelque chose de donné indépendamment des actions qui s'y déroulent ; nous pouvons parler de domaine, en tant que lieu déterminé par des règles symboliques ou déclarées ; les acteurs s'y repèrent par rapport à leur statut et sont susceptibles d'accomplir certaines tâches (prescrites).*

***Définition interne.** Le contexte est vu, subjectivement, à travers les actions qui s'y déroulent, il est construit ou activé par les acteurs en présence, de façon conjointe, partagée ou non ; nous pouvons parler de cadre, par lequel les acteurs, identifiables en termes de rôles, donnent du sens à leurs tâches tout en les réalisant (tâches réelles) (Gajo, 2004, p.19).*

5.5.1.- Configuration de l'espace délimitant l'espace réservé et l'espace partagé

Une des particularités de la prise en charge de patient en psychiatrie est la durée variable des projets thérapeutiques, de très courtes à de longues interventions (longs séjours hospitaliers ou répétition) qui transforment l'environnement hospitalier en lieu de vie. Cela peut nécessiter la coordination des territoires institutionnels qui relèvent du privé, du thérapeutique et du social.

5.5.1.1. Définition et perméabilité des espaces soignants-patients.

Dans les trois services de soins observés, la répartition des lieux distingue clairement les espaces réservés au personnel soignant ou au(x) patient(s). Les espaces réservés aux professionnels ne sont en principe pas accessibles aux patients. Le bureau infirmier en est l'exemple type. Nous avons pu observer que les patients n'en franchissent pas le seuil lorsqu'ils viennent solliciter les soignants. Par ailleurs, nous avons aussi relevé dans les propos des interviewés que certains d'entre eux délimitent l'espace du travail de milieu en dehors du bureau infirmier.

Le travail du milieu, c'est un jargon institutionnel, c'est vrai qu'on parle de faire un travail de milieu. On a un cadre de référence qui comprend les fonctions du milieu, c'est-à-dire en quoi le milieu thérapeutique est thérapeutique? Pour moi faire du travail de milieu, c'est justement d'aller m'asseoir à côté du patient et de simplement regarder la télévision avec lui, de lui proposer un jeu, de lui proposer un ping-pong. C'est assurer une présence sur le milieu. On appelle « le milieu » quand on sort du bureau infirmier. C'est l'endroit où vivent les patients la journée. (Entretien 1)

Les espaces partagés le sont tant par les soignants que par les patients et les personnes qui leur rendent visite. Cependant, des nuances peuvent être apportées aux limites d'accès de ces différents espaces pour les uns et les autres. De fait, une plus grande perméabilité de l'espace « privé-réservé » des patients existe pour les professionnels.

A Fraidieu, unité résidentielle hospitalière, cette perméabilité relève soit de l'initiative du soignant qui, par exemple, passe réveiller certains patients le matin pour leur rappeler de venir prendre leurs médicaments dans la plage horaire définie à cet effet, soit de la demande du patient qui nécessite de l'aide, par exemple pour refaire son lit. La chambre du patient est définie en tant qu'espace privé de par l'interdiction posée à tout patient d'entrer dans la chambre d'un autre patient.

L'unité elle-même peut être conçue comme un espace réservé ou du moins protégé. Nous verrons plus loin le rôle non négligeable des soignants qui sont de véritables « vigies » observant les entrées et les sorties de l'unité.

A Vaudaire, unité hospitalière de soins aigus, cette perméabilité permet aux soignants de réaliser les soins exigés par la situation du patient comme par exemple : assurer une surveillance voire une présence dans la chambre du patient, administrer un traitement par injection.

On commence la journée avec les patients à 8h quand on les réveille ; on passe dans les chambres, on leur dit bonjour et on les réveille. Pour certains, on doit apporter les plateaux en chambre, cela dépend du cadre des patients. Ensuite, il y a tout le côté de la prise de médication et des interactions qu'on a avec le patient à ce moment-là. Là on lui demande, en tous les cas moi je lui demande, comment il a passé la nuit. Ils ont aussi des questions habituellement « comment va se passer la journée ? », s'il y a un entretien ou se genre de chose. C'est des moments de demandes fréquentes du patient. A partir de 9h, il y a les cures. Ça arrive qu'il y ait des cures par voie intra-musculaire ; on va dans la chambre du patient pour lui faire une injection, donc ça c'est toujours à 9h. Il y a différentes médications à donner en chambre généralement vers 9h. (Entretien 2)

Au Centre Thérapeutique de Jour, cette distinction entre espace réservé et espace partagé semblerait être d'une moins grande nécessité, les patients vivant à l'extérieur. Malgré cela, nous avons constaté que le sous-sol aménagé garantissait un espace réservé aux patients qu'ils utilisaient pour la plupart lors de leur présence au Centre. Lors de notre visite des lieux, avant l'arrivée des patients, notre guide nous avait d'ailleurs précisé qu'en général les soignants ne descendaient pas à cet endroit. Le rez-de-chaussée est l'espace « communautaire » et comprend les espaces où se côtoient les patients et dans lesquels les soignants conduisent des activités avec le groupe des patients présents ce jour-là, selon le programme du CTJ. Le 1^{er} et une partie du 2^{ème} étage, constitue le territoire dans lequel se déroule les entretiens individuels avec les patients. L'autre partie du 2^{ème} étage comprenant la grande salle de réunion est un espace réservé dans lequel se déroule soit des réunions de réseau ou les séances de groupe de patients ; c'est un espace réservé dont l'accès nécessite le passe institutionnel.

Le travail au Centre de Jour, c'est un traitement du milieu. Le milieu tout d'abord en terme d'architecture. Les patients viennent dans un endroit clairement défini, il y a des murs. Ensuite, c'est une structure de maison familiale. On est très axé sur la vie de tous les jours. Des fois les patients nous disent : « Mais on fait rien ! ». Mais on fait quelque chose, comme toute famille, on va décider qu'est-ce qu'on va manger, on va faire à manger ensemble, on va manger ensemble, on va sortir, on va aller au cinéma. On utilise le cadre de la maison, les lieux de la maison, le groupe, ce qu'y passe pour le traitement. (Entretien 3)

5.5.1.2. Espaces différenciés liés aux spécificités et à l'organisation des prises en soins.

Lors de nos observations, la distinction entre ces différents espaces nous a été explicitée par les professionnels de Fraidieu et du Centre Thérapeutique de Jour alors qu'à Vaudaire, unité hospitalière, les professionnels ne nous l'ont pas spécifiée. Faudrait-il y voir une définition interne au sens où le définit Gajo qui pourrait s'expliquer, entre autres, par l'histoire et l'expérience construite par les équipes soignantes de ces deux unités ? En effet, l'une et l'autre comprennent très majoritairement des infirmiers au bénéfice d'une longue expérience « maison » et qui ont été à l'origine de la conception et mise sur pied de l'offre en soins dans ces contextes institutionnels. De plus cette cohérence interne est favorisée par une équipe restreinte qui assure une continuité des soins au fil des jours.

La culture du Centre de Jour est très liée aux personnes qui l'ont créé il y a 22 ans. A cette époque-là, mes collègues étaient encore plus avec les patients, il faut dire qu'il y en avait beaucoup moins. Pendant les premières années, il y en avait 10 à 15 patients et c'était vraiment vivre avec les patients toute la journée. L'idée des deux personnes qui ont créé le Centre de Jour et qui sont encore là maintenant c'était vraiment d'être avec les patients ; leur « patte » persiste. (Entretien 3)

La prégnance d'une définition externe dans le contexte de l'unité hospitalière se comprend par et dans l'instabilité et l'imprévisibilité des situations à gérer par les professionnels au quotidien. Le type des situations aiguës des patients nécessitant souvent une hospitalisation en urgence et le tournus de plus en plus rapide des patients, compte tenu de l'augmentation des demandes d'hospitalisation et de la « consommation des urgences » ; les durées d'hospitalisation ont diminués et ainsi le collectif des patients se recompose régulièrement. A cette recomposition versus patient, s'ajoute la redéfinition quotidienne de l'équipe soignante et de sa dynamique en fonction des horaires et des congés des infirmiers qui y travaillent. A cela, il faut encore rajouter les passages journaliers des médecins assistants voir des chefs de clinique pour évaluer les situations des patients hospitalisés et réajuster les thérapeutiques mises en place auxquelles les infirmiers doivent donner suite. Enfin, les infirmiers sont appelé à revoir leur prise en soins pour chaque patient suite aux discussions et décisions prises lors des colloques hebdomadaires en équipe pluri professionnelle (médecin, ergothérapeute, assistante sociale).

A Fraidieu et au CTJ, le processus semble inversé. Le partage du quotidien avec les patients, plus individualisé à Fraidieu compte tenu des situations des patients, et, plus groupal au CTJ, fait que les équipes paraissent autant habiter les lieux que les patients. Au CTJ, ils y ont d'ailleurs pratiquement les mêmes horaires, ils préparent et partagent ensemble les mêmes repas ! De plus, la présence des différents membres de l'équipe selon le jour de la semaine est fixe ; c'est en équipe qu'ils composent l'offre en soins proposée aux patients dans l'élaboration du programme hebdomadaire affiché à l'entrée qui donne une visibilité de qui est là, tant en ce qui concerne les patients que les professionnels, qui fait quoi et quand.

5.5.2.- Configuration architecturale et habitus d'observation.

D'autres auteurs avant nous, Bettheleim (1974), Stamm (1985), Jones (1953), Racamier (1970) et Foucault (1975), par exemple, ont décrit combien la configuration architecturale définissait la nature des activités des différents acteurs dans un système donné. Nous avons nous-mêmes constaté, lors de notre observation de terrain, qu'une constante architecturale se retrouvait dans les trois unités de soins et ce malgré des lieux très différents. Le bureau infirmier se situe toujours au centre de l'unité et ses ouvertures vitrées permettent aux professionnels de rester en contact visuel et d'observer en permanence le mouvement des patients à l'intérieur et à l'extérieur de l'unité et aux patients de s'assurer qui sont les

professionnels présents. Ce maintien du regard nous est apparu dans un premier temps comme relevant d'un contrôle mutuel.

En effet, lors de notre premier jour d'observation à Fraidieu, l'infirmier qui nous accueille est calme, posé, présent mais semble toujours en alerte. Lors de nos échanges dans le bureau, il nous parle tout en regardant par la fenêtre qui donne sur la porte d'entrée du bâtiment. Nous comprenons qu'il observe constamment le mouvement des personnes qui entrent et qui sortent de Fraidieu. Lorsque nous le lui faisons remarquer, il nous répond qu'il ne s'en rend même pas compte. Nous observons également que depuis notre arrivée, les patients du service défilent les uns après les autres au bureau infirmier pour des demandes banales qui débouchent invariablement sur la question de savoir qui nous sommes et parfois pour se présenter eux-mêmes.

5.5.2.1. Maintien du contact visuel : fonction de contention

Lors d'une des relectures de notre rapport, R. Panchaud, directeur des soins nous a rendu attentive au fait que de rester en contact visuel avait une fonction hautement contenante. En reprenant le matériel des entretiens, nous avons identifié que le propos d'une infirmière de Vaudaire corrobore ce point de vue :

C'est du travail relationnel, c'est être là pour les patients, j'aurais de la peine à le définir plus précisément. C'est vraiment être là, je les sens rassurés. Quand ils ne voient personne au bureau souvent ils viennent frapper plus pour voir si on est là et être simplement rassuré de savoir qu'ils peuvent passer n'importe quand si ça ne va pas. C'est une présence continue. Les patients, on les sent aussi plus rassurés quand ils nous sentent là, quand ils savent qu'ils peuvent passer au bureau pour nous demander, au fur et à mesure par rapport à ce qu'ils vivent. (Entretien 1)

Cette attention constante et inconsciente des professionnels, nous l'observons à des degrés moindres dans les autres unités et plutôt chez les plus jeunes professionnels. Elle est plus visible alors dans les moments de pause au CTJ comme à Vaudaire, par exemple après le repas de midi. Faudrait-il y voir aussi une activité occupationnelle des moments creux qui permet par déduction d'évaluer l'atmosphère interne de l'unité en fonction des patients présents, mais également d'anticiper l'atmosphère ou le climat interne selon la présence ou la sortie de l'un ou l'autre patient ? L'infirmière citée ci-dessus, évoque les changements brusques qui peuvent survenir dans une unité hospitalière de soins aigus telle que Vaudaire et qui peuvent expliquer également cette attention chez les professionnels :

Les situations de violence restent toujours difficiles à gérer. Lors d'admissions annoncées violentes ou compliquées, je suis dans mon bureau et je me dis : « l'admission va arriver » et j'ai la trouille. C'est ce côté violent auquel je ne m'habitue pas. Je ne sais pas si on peut s'y habituer. C'est un service qui peut changer en quelques minutes ; ce n'est pas comme dans un autre service, comme la gériatrie ou dans les EMS où on sait à peu près, on connaît les patients. On discutait justement de cela avec mon collègue samedi. Le matin c'était tout tranquille et tout d'un coup en 10 minutes il a fallu libérer une chambre. On a reçu une admission, on attendait une patiente agitée décompensée. Ça peut très vite changer et c'est ces changements de rythme au début qui sont difficiles. (Entretien 1)

Un des infirmiers du CTJ fait lui aussi le même constat sur l'instabilité de l'ambiance en lien avec l'état des patients présents :

Des fois, c'est difficile. Des entretiens peuvent être un peu tendus, ou alors dans le groupe ça chauffe. Des patients parfois ne vont pas bien ou sont angoissés ou il peut y avoir des tensions dans le groupe avec des patients qui s'engueulent. Alors, il y a des moments dans le groupe où on est tendu, on n'est pas à l'aise parce qu'il peut y avoir des choses difficiles. Par exemple certains patients qui nous prennent à parti. Il ne faut pas négliger qu'on est quand même un peu, des fois, des espaces de projection où ils nous disent des choses pas toujours agréables. (Entretien 3)

5.5.2.2. Habitus d'observation et charge psychique.

Le concept architectural des différentes unités visitées conditionne certainement l'activité d'observation des professionnels, Cette attention incorporée peut, en partie du moins, expliquer la fatigue souvent décrite par des professionnels, les étudiants-stagiaires en psychiatrie dans la charge psychique que cela suppose d'être en relation constante voire en alerte face à l'imprévisibilité des situations pouvant se présenter.

Après la première année, je n'avais pas la même perception que j'ai maintenant de tout le travail qu'on fait. Au début, on ne se rend pas compte. Je rentrais chez moi et je me disais "Je n'ai rien fait de la journée et je suis fatiguée, comment est-ce possible ?". J'avais l'impression que je ne faisais rien mais quand je réfléchissais et bien je me disais "ah bien, j'ai répondu à ce patient et puis j'ai fait ça et puis...etc". C'est dans des petites choses, dans des tas de petites choses qu'on fait qui sont difficilement quantifiables et identifiables.

En fait, on est toujours présent, en interaction avec le patient, toujours disponible. Souvent on porte leur angoisse ; ils frappent à la porte monstre angoissés, on a l'impression de prendre leur angoisse et de trier un peu et de leur redonner. Ça prend pas mal d'énergie. C'est vrai que souvent les stagiaires quand ils commencent, ils sont souvent là "y a rien à faire, y a rien à faire !" et puis après 2-3 jours ils se sentent fatigués et ne comprennent pas pourquoi. Eux aussi font la démarche de se dire qu'on fait des tas de petites choses en fait. (Entretien 1)

Nous avons nous-mêmes éprouvé cette fatigue après nos journées d'observation passées au sein de ces équipes. Certes, notre travail a demandé une attention soutenue ; nous nous sommes aussi rendu compte que cette pénibilité a été plus importante après le premier jour. Faut-il y voir un temps d'adaptation à un environnement inconnu ou, comme il nous a été fait remarquer lors d'une séance de l'équipe de recherche, à la non mise en place d'un système de défense pour faire face à ces « phénomènes » psychotiques.

5.2.2.3. Self control, contrôle sur un environnement psychotique et travail du milieu.

La question alors qui se pose est de savoir comment les professionnels en psychiatrie parviennent à développer une fluidité de leurs mouvements et déplacements internes indispensables au « travail du milieu » ? Si les activités "non structurées" comprennent les attitudes des soignants et que leur position interne détermine la fonction du milieu pouvant être offerte aux patients, nous nous interrogeons sur les répercussions de ce souci incorporé de *self-control* et du contrôle sur un environnement psychotique plus particulièrement observé chez les jeunes professionnels et de leur possibilité à déployer selon les situations une plasticité émotionnelle qui réponde aux besoins des patients. Certes, pour les professionnels plus aguerris, cela peut paraître des truismes mais en regard des présupposés d'une conception des soins fondée sur le travail du milieu cela nous apparaît intéressant.

Même après sept années d'expérience en psychiatrie, l'infirmière de Vaudaire interviewée évoque cette tension entre son implication dans un travail de milieu et ses propres ressources internes.

Il y a des jours on n'a pas le temps, l'énergie d'aller se mettre sur le milieu c'est vrai. Des fois je me dis que je devrais y aller plus souvent. Mais c'est vrai que c'est humain une fois qu'on a eu une grosse journée on apprécie d'être un petit quart d'heure entre nous, de prendre un petit café et de parler d'autre chose que du travail. On a pas toujours l'énergie, on n'a pas toujours l'envie ça c'est sûr, parce qu'ils sont assez demandeurs quand on est sur le milieu. Des fois, on y va un petit moment et c'est vrai que des fois j'irais bien au bureau pour un peu souffler, parce qu'ils demandent de faire ci, de faire ça ; ils sont assez avides quand on est vers eux, donc on doit avoir l'énergie pour. (Entretien 1)

Mêmes propos, même constat de notre interlocuteur de Fraidieu, qui lui aussi bénéficie d'une longue expérience professionnelle :

Quand on est exposé à des gens atteints de pathologies très lourdes, on est obligé de temps en temps de se retirer. On a besoin des collègues tout simplement parce qu'on n'a pas les mêmes rapports qu'avec les patients. Je pense plus particulièrement au dimanche où on est confronté seul au service! Il y a énormément de patients chroniques, psychotiques, c'est extrêmement lourd et c'est à ce moment là en fait qu'on se retrancherait le plus je dirais dans notre bureau. Je crois que le temps passé avec les collègues est absolument nécessaire pour une histoire de santé psychique. (Entretien 10)

Lors de nos observations nous avons remarqué que les moments d'échanges formels et informels entre collègues participent à une sorte d'intervision où selon leur disponibilité ou affinités, avec sérieux mais bien souvent avec humour, chacun s'enquiert du ressenti de l'autre et de comment il vit telle ou telle situation de patient. Ceux qui ne participent pas ou ne s'exposent pas à ces échanges nous ont semblé à la fois moins présents et même moins vivants également dans leur interactions aux patients.

Au CTJ, compte tenu de leur mode d'organisation et de leur mode de travail communautaire, un moment de retrait journalier pour l'équipe infirmière est institué :

On a des espaces rien que pour nous, les soignants. Par exemple, après le repas, les patients savent qu'on est dans la maison, mais entre 13h et 14h, c'est notre espace à nous. On n'est pas avec les patients, c'est un moment d'équipe. (Entretien 3)

5.5.2.4. D'autres perspectives

Faut-il voir également dans ce paradoxe entre ce self-control observé -qui permet aux infirmiers de se réclamer d'être les détenteurs des informations sur le patient indispensables au travail des médecins- et le travail du milieu d'autres explications ? Une piste peut être trouvée dans le travail d'Ogien (1989) sur le « raisonnement psychiatrique ». Dans cet essai de sociologie analytique, il cherche à répondre à la question : « Que fait la psychiatrie ? ». La partie consacrée au travail de la psychiatrie analyse plus particulièrement la notion d'équipe thérapeutique (p.39.). Ogien démontre alors le rôle non-négligeable des observations de patients au quotidien qui permettent aux infirmiers en psychiatrie d'asseoir leur position professionnelle lors des réunions et colloques pluri professionnels.

Les propos des infirmiers de Vaudaire parleraient dans ce sens :

Pour les infirmiers, on nous donne une place quand même assez importante. On est un peu une plaque tournante, c'est vers nous que les informations vont, c'est nous qui les transmettons, c'est nous qui passons la plupart du temps avec les patients. En fait, c'est nous qui les connaissons le mieux. Donc par là, on est déjà valorisé. Quand un médecin vient, qu'il nous demande telle chose et qu'il nous fait confiance parce qu'on a pu faire part de nos observations, je trouve cela assez valorisant. (Entretien 2).

En tant qu'infirmier, on ne prend jamais seul de décisions par rapport au cadre ; c'est toujours dans un entretien avec les médecins qu'on prend les décisions par rapport au cadre. Le cadre on le décide ensemble infirmier et médecin ce n'est pas simplement le médecin qui dit "je décide que". Nous, on est 8h30 avec les patients, donc on les voit on les observe, donc je peux amener mes observations infirmières pour dire et bien voilà "je pense que pour ce patient c'est le moment par exemple d'aller faire une promenade accompagnée, dehors". Par mes observation dans le milieu, par la relation que je peux avoir avec le patient je peux dire et bien voilà "Je pense que c'est le bon moment" et on en parle avec le médecin et il dit "ok, et bien moi aussi je pense que c'est une bonne idée ». On peut changer le cadre, on décide qu'à partir d'aujourd'hui on peut faire une promenade et à ce moment là on en parle dans l'entretien. Donc effectivement c'est quelque chose d'équipe, ce n'est pas le médecin qui va décider tout seul et bien voilà "dès demain vous avez le malade" c'est de toute façon après une discussion avec les infirmiers. En tant qu'infirmière, je peux amener mes observations, c'est moi le

trait d'union entre le patient et le médecin, parce que le médecin va le voir sporadiquement lors d'entretiens. On sait très bien aussi que les patients sont différents dans les moments d'entretien que lorsqu'ils sont dans le milieu. Les patients se donnent beaucoup de mal, ils font beaucoup d'effort pour paraître bien devant le médecin alors que dans le milieu ils sont moins bien. Je peux donc amener des observations que le médecin n'aurait pas. (Entretien 1)

Mais nous avons également relevé dans les propos de l'infirmier de Fraidieu un autre point de vue, interpellant par son contre-pied, et alertant sur les effets de cette prérogative de l'observation infirmière pour certains patients :

Lors des synthèses, je m'attache, j'allais dire à en ramener le moins possible, c'est-à-dire que dans la mesure où les patients vont bien, j'aime bien que la synthèse du jeudi, qui se passe avec les médecins, se passe plutôt à parler de nous plutôt que de parler des patients. Parce que je vous promets que si on se met à parler un petit trop en réunion de synthèse des patients, vous pouvez être sûr qu'il y a stimulation dans les 2 jours, aussi étrange que cela puisse paraître. Evidemment on parle des patients ; quand un patient ne va pas on en parle en synthèse. Ici, c'est des patients à très long terme, alors évidemment dans un premier temps on parle relativement beaucoup d'eux, puis après comme forcément ils se sentent complètement sécurisés, et bien les symptômes vont en régressant et ils se mettent dans une routine. C'est ce qu'on souhaite. Qu'ils se mettent dans une routine c'est une sécurité ; quand ils sont dans cette routine là, on s'attache à ne pas raviver les choses. On les protège. (Entretien 10)

5.5.3.- Espace et dynamique de communication : une question de tempo.

Nous aimerions ici faire état de notre perception plus globale des trois unités dans lesquelles nous avons passé du temps à observer l'activité des infirmiers. En effet, il se dégage de chaque lieu et de chaque dynamique d'équipe une atmosphère très différente que nous décrirons ci-après à partir du matériel récolté lors de nos observations.

Dans un second temps nous examinerons si les caractéristiques relevées dans ces trois lieux se réfèrent à leur mission spécifiques et aux projets thérapeutiques proposés aux patients et aux fonctions du travail du milieu y relatives. En échangeant avec les professionnels rencontrés lors de nos différents passages, nous avons constaté qu'ils n'avaient pas la même acuité de leur espace de travail et de leur mode de communication mais que le fait d'échanger à ce sujet ne leur était pas indifférent. Cette attention portée sur leur environnement professionnel a toujours rencontré un écho favorable et leur a souvent permis de découvrir pour certains, de redécouvrir pour d'autres, et d'exprimer la congruence qu'ils trouvaient à travailler dans de tel lieu et au sein de leur équipe. Pour l'illustrer, nous nous référerons au propos des infirmiers interviewés.

Adagio à l'Unité résidentielle hospitalière.

Malgré un environnement clair, lumineux et extrêmement sobre, il se dégage de Fraidieu, une atmosphère pesante voir oppressante qui nous a souvent donné une impression d'asphyxie où tout semble se passer au ralenti et de façon très ritualisée. Ce sentiment d'inertie réclame des professionnels des capacités à exister tout à fait particulière. Un des collègues de l'équipe de recherche nous avait souvent rendus attentifs à la pénibilité du travail dans des unités où la « densité de la psychose au m² » était perceptible physiquement. Nous y avons rencontré des professionnels calmes, pondérés, semblant perpétuellement en réflexion silencieuse mais s'exprimant s'ils y sont conviés par leur collègue. Leur type de communication n'apparaît pas continu mais correspond plus à un mouvement oscillatoire.

Nous avons déjà relevé au préalable, la nécessité à certains moments donnés pour les professionnels de se retrouver dans leur bureau pour se protéger de cette pénibilité. Lors de notre entretien, l'infirmier avait également exprimé :

Dans la pratique infirmière ce que j'aime aussi, c'est quand on arrive à créer ensemble une atmosphère bien rassurante, bien tranquille. Ca, ça me plaît et ce n'est pas toujours facile. J'aime bien créer ce genre d'atmosphère là, j'ai de la chance parce que j'ai de bonnes collègues pour le faire. (Entretien 10)

Andante à l'Unité hospitalière de soins aigus.

A Vaudaire, il nous a semblé entrer dans un espace très contenant ; même la hauteur sol-plafond nous a paru réduite. En fait, cette modification de perception de l'espace est vraisemblablement liée au type d'éclairage et du type de fenêtres longilignes qui descendent à environ 30cm du sol. L'atmosphère qui y règne nous a paru relever d'une ruche. Tous les professionnels présents sont affairés chacun de leur côté ; ils s'interpellent parfois pour demander de l'aide ou du renfort ou pour signaler qu'ils quittent momentanément l'unité. Leur type de communication dans le bureau infirmier est bref et factuel et contraste avec les échanges interpersonnels riches et animés qui ont lieu dans la pièce attenante, annexe au bureau et plus préservée des demandes des patients. De cette alternance de tempo et d'intensité d'échange se dégage une atmosphère dynamique et vivante, en vibration et résonance perpétuelles avec ce que renvoient les patients hospitalisés ou les autres professionnels qui gravitent dans le service.

Le mouvement des professionnels est horizontal entre un dedans et un dehors de l'unité que la fermeture de la porte du service ne semble pas entraver mais plutôt rythmé au gré de leurs allées et venues et de celles des patients autorisés à sortir. Faut-il y voir une caractéristique d'un service de soins aigu ou d'une équipe composée principalement de jeunes professionnels ?

Nous retrouvons cette dynamique incessante dans l'ensemble des propos des infirmiers avec lesquels nous nous sommes entretenus. En guise d'illustration, nous relevons de l'un des entretiens ce qui suit:

On commence à 7h. De 7 à 8h on a le colloque où on fait les transmissions infirmières. On parle de chaque patient, de ce qui s'est passé soit la veille, soit en soirée. Pour les collègues qui étaient quelques jours en vacances ou en congé, on leur transmet ce qui s'est passé les jours où ils n'étaient pas là pour que tout le monde ait les mêmes informations et soit au courant de chaque situation.

Après, à 8h, on réveille les patients. On commence dans toutes les chambres puis on distribue les déjeuners soit pour les patients qui mangent en chambre soit sur le service.

Pendant ce temps, il y a plusieurs tâches à ce moments là : il y aussi un représentant de l'équipe infirmière qui descend au colloque de garde où ils parlent de ce qu'il y a eu pendant la nuit, de ce qui s'est passé, s'il y a eu des entrées la veille ou s'il y a eu des entrées dans la journée.

S'il y a eu des changements dans les médicaments, il faut préparer les médicaments pour les distribuer après le petit déjeuner.

Après la distribution des médicaments la journée commence. Il y a les entretiens médico-infirmier et les différents traitements. Sinon ça dépend des jours.

Il y a des jours où il y par exemple différents colloques sur l'unité auxquels on participe aussi.

Il y a aussi tous les petits moments où on suit le programme de chaque patient. En fait, pour les patients qui ont un programme, on va vers eux et pour les patients qui sont en chambres fermées, on passe les voir toutes les heures.

Il y a tous ces moments là pendant la journée. (Entretien 8)

Allegro au Centre Thérapeutique de Jour

Au CTJ nous avons été frappés par un mouvement inscrit dans une verticalité entre le sous-sol, rez-de chaussée et le 1^{er} étage pour les patients et le rez-de-chaussée et le haut pour les infirmiers dont l'axe se trouve au niveau de l'espace « communautaire » du rez-de-chaussée. Le rythme des allées et venues des différents membres de l'équipe soignante est incessant et réglé de telle manière qu'ils assurent à tour de rôle une présence constante au sein du groupe de patients qui occupent le salon. La fluidité de la communication qu'ils génèrent est impressionnante ; ils parviennent à reprendre la « balle au bond » dans les échanges avec les patients, initiés par l'un ou l'autre de leur collègue. Il se dégage du coup une perception d'une cohésion d'équipe qui n'enlève rien à leur individualité. Il est à relever que la dynamique de cette équipe s'inscrit dans la durée et que chacun occupe une place bien définie dont différents écrits qu'ils ont produit se fait l'écho. Mais en être témoin lors de nos observations nous a interrogés quant aux ingrédients nécessaires pour construire et maintenir au quotidien une telle énergie et légèreté.

Nous retrouvons dans le propos d'un des deux infirmiers interviewé cette même perception qu'il attribue quant à lui à la spécificité du travail infirmier au CTJ:

Le plus agréable pour moi, c'est d'être au salon avec d'autres soignants, pas seul, de reprendre in vivo ce qui se passe dans le groupe. On peut s'interpeller entre soignants, sentir l'atmosphère et en parler. On fait une sorte de psychodrame en direct.

C'est ce côté, ce jeu, qui est introduit et qui est, à mon avis, mon outil de travail. Ni les médecins, ni les thérapeutes individuels n'ont cette dimension. On a vraiment de la chance d'avoir du concret toute la journée, d'être avec les patients toute la journée, de pouvoir reprendre ce qui se passe à chaud. Je pense que c'est ça le milieu ; c'est vraiment notre outil de travail et qui est propre aux soins infirmiers à mon avis.

Je pense que le travail du milieu et ce travail de psychodrame vont ensemble. Ça vient avec l'habitude de travailler avec les mêmes collègues. On est une petite équipe et on se connaît relativement bien. On peut dramatiser les scènes et on peut se faire des scènes. C'est vrai que ce n'est pas des choses cadrées, c'est quelque chose de très spontané, ça vient comme ça, souvent, mais je pense que c'est tout à fait compatible et c'est très soignant. (Entretien 4)

6.-Discussion de l'hypothèse posée

Dans la partie *Travail infirmier et travail du milieu : problématique* (cf. 4.4), nous avons avancé l'hypothèse que les trois secteurs – l'hospitalier-soins aigus, l'intermédiaire et le résidentiel-, retenus pour notre recherche, pourraient faire appel à des fonctions du milieu spécifiques. Nous avons postulé que l'hospitalier -unité de soins aigus-, ici Vaudaire, tend à utiliser plutôt les fonctions de contention et de structuration, que l'intermédiaire, ici le CTJ, plutôt la mobilisation et le soutien et que le secteur résidentiel, ici Fraidieu, plutôt la validation et le soutien.

En nous référant au développement des fonctions du milieu par Gunderson, présenté dans la partie y relative (cf. 4.3.-), nous nous proposons de vérifier si les différentes dynamiques d'équipe et les atmosphères décrites ci-dessus portent les traces des caractéristiques des fonctions attribuées à ces trois secteurs.

Nous introduirons nos constats par les propos recueillis lors des entretiens que nous avons réalisés.

6.1. A Fraidieu, secteur résidentiel : les fonctions de validation et de soutien.

La validation : calme, empathie et acceptation.

A Fraidieu, c'est un paradoxe : on est dans un soin sans soigner. Dans ce service où on hypo stimule les gens au plus bas seuil possible, on laisse les patients un maximum tranquilles...

Alors on essaie tous d'être calmes, enfin on essaie, on l'est ! Par rapport à ça forcément, je crois qu'une équipe calme est beaucoup moins angoissante qu'une équipe excitée c'est simple...

Dans une journée, il peut arriver plein de choses. Tout dépend pourquoi les patients vont venir vers nous. C'est un peu notre technique, on les laisse, dans la majorité des cas, venir vers nous. Tout dépend de qui est là et de ce qui va être proposé à ce moment là. Ça peut être une relation tranquille, ça peut être une relation difficile aussi. On est toujours réceptif, on peut parler en termes de soins. Si quelqu'un vient vers nous en se plaignant, on va se monter empathique, on va se montrer patient bien sûr, on va toujours dans l'acceptation.

On travaille dans un service de chroniques, toujours dans l'acceptation de la pathologie psychique grave, et on va laisser le patient évoluer avec sa pathologie psychique en lui montrant de l'empathie et essayer de lui donner les moyens de mener cette journée au mieux...

Gunderson a dit qu'il fallait pouvoir accepter le patient avec ses manques, ses incapacités, sa pathologie effectivement. De prendre de la distance de façon à ce qu'il vienne de lui-même, sans que nous le voulions pour lui et de laisser un maximum d'espace à l'autre.

Ici, il faut faire preuve d'un esprit d'ouverture non seulement sur le côté psychanalytique mais aussi philosophique de l'être humain, tout simplement. Il faut aussi avoir su cultiver une certaine empathie, une ouverture vers l'autre. Puis il faut être, il faut être dans sa vie. Ce n'est pas de la culture proprement infirmière ; c'est d'être ouvert à la société qui vous entoure, sinon qu'est-ce que vous proposeriez à l'autre ? (Entretien 10)

Pour Fraidieu, nous avons restitué l'atmosphère pesante voir oppressante où tout semble se passer au ralenti et de façon très ritualisée ; il en va de même de notre rencontre avec des professionnels calmes, pondérés, semblant perpétuellement en réflexion silencieuse.

Gunderson décrit bien que la *fonction de validation* privilégie des programmes de soins individualisés, le respect du droit du patient à être seul et que cette fonction :

*This requires an acceptance of incompetence, regressions, or symptoms as meaningful expressions from a person which need not be terminated or ignored. This function underscores the uniqueness of individuals, and supports a growing tolerance for loss and for the experience of aloneness*¹⁷. (Gunderson, 1978, p. 331)

Cette capacité d'abnégation qui confine à une forme d'ascèse chez les soignants qui doivent privilégier « soigner » plutôt que « guérir », nous renvoie en partie du moins au ressenti d'inertie voire d'asphyxie que nous avons évoqué en parlant du climat de Fraidieu.

Lorsqu'il fait état des compétences requises par les équipes soignantes qui mobilisent la fonction de validation du travail du milieu, Gunderson parle de l'empathie mais aussi d'une sensibilité combinant l'introspection et la possibilité d'être à l'aise avec la passivité des patients et d'eux-mêmes parfois. Selon lui, les soignants les plus habilités à déployer du soutien se caractérisent par leur calme, leur tranquillité, leur patience et leur capacité à gérer en équipe les phases de découragement ; c'est ce que nous avons pu observer dans les échanges de cette équipe et dans ceux qu'ils entretiennent avec les résidents.

Nous avons aussi observé une individualisation de la prise en soins de chaque résident, relevant de cette fonction de validation, par le système de référence infirmière existant à Fraidieu. Par exemple, selon la nature de la demande exprimée par le patient à l'infirmier présent, ce dernier détermine s'il est habilité à y répondre ou s'il est préférable d'orienter le patient à s'adresser directement à son référent.

Le soutien : investissement positif réciproque

Il faut absolument qu'à Fraidieu les patients nous voient, un maximum de temps, parce que c'est nous quand même qui créons l'ambiance du service. Nous, on parle souvent du milieu et on s'attache quotidiennement à créer ce milieu. Je dis toujours à mes collègues qu'il faut absolument qu'on soit à leur contact parce qu'on espère comme ça qu'ils nous ressembleront ; un mimétisme pour moi, c'est ce qui est le plus standard dans la journée de travail...

Moi, je me suis mis des règles aussi, je me rase. Il m'arrive de ne pas me raser. Les patients peuvent me renvoyer ça de moi, alors je peux leur dire « oui effectivement je ne suis pas rasé, mais malgré tout je suis présentable » ; c'est presque indirectement du soin d'hygiène. Je suis quelqu'un d'assez ordonné, c'est-à-dire que dans ma voiture qui est là, les patients savent que c'est ma voiture et certains d'entre eux disent « ah, elle est bien votre voiture, elle est propre dedans, bien rangée » ; je me sers de ça pour leur chambre. C'est plein de détails dont je me sers. Si c'est une autre collègue qui est à ma place, elle se sert d'autre chose, probablement...

Tout ce qui se passe dans le bureau, c'est considéré par les patients comme du temps qu'on passe entre nous et pas forcément à parler d'eux ni à se soucier d'eux, ni à faire quelque chose pour eux ; ils estiment que là on ne fait rien. (Entretien 10)

Lors de nos journées d'observation nous avons pu constater à maintes reprises combien les soignants investissaient positivement les résidents en leur adressant des propos qui visaient à renforcer l'estime d'eux-mêmes. Ces renforcements, liés à la *fonction de soutien* selon Gunderson, se manifestent par exemple dans l'intérêt porté à une sortie hors de Nant (pour la visite d'une exposition par un patient passionné d'art) ou lors d'un encouragement adressé à une patiente qui devait se rendre à une consultation externe pour un problème de santé somatique.

¹⁷ Cela demande l'acceptation de ne pas réussir, de l'incompétence, la possibilité de régression ou des symptômes comme étant l'expression pleine de sens d'une personne, qui ne doivent pas être arrêtés ou ignorés. Cette fonction souligne le caractère unique de chaque individu et une tolérance croissante à la perte et à l'expérience de solitude (traduction libre).

Nous avons également été régulièrement surpris par la capacité des résidents à investir positivement les soignants, par exemple, dans les remarques quotidiennes qu'ils leur adressent à propos de leur tenue vestimentaire. Selon le patient et le soignant concerné, leur propos en terme de compliment ou de mise en évidence d'une particularité ne trouvent pas le même écho; certains soignants passent comme « chat sur braise » et ne rentrent pas en matière, d'autres leur renvoient leur appréciation sur leur propre tenue.

Si pour Gunderson, la qualité de soutien de ces interventions réside entre autres,

*[...]by the staff's willingness to share personal reactions, and to remain accessible even during return visits after discharge*¹⁸. (Gunderson, 1978, p. 329)

nous avons pu constater que, de ce point de vue, les soignants se montrent plutôt réservé à l'égard des résidents, mais que bien souvent une fois la porte du bureau fermée ou à la cafétéria, ils se racontent entre eux leurs propres expériences et réactions suite aux sollicitations des patients et ce avec beaucoup de franchise et d'ouverture.

Nous avons pu le constater dès le premier jour passé à Fraidieu. Lors d'une tournée avec l'infirmier sur l'étage, nous avons rencontré un groupe de patients du même âge environ que le soignant. Ils étaient en train de regarder à la télévision un reportage sur la finale du combat des reines valaisannes tout en se faisant des tartines avec ce qu'ils avaient ramené de leur souper à la cafétéria.

Echangeant à tour de rôle sur leurs origines - certains étaient très fiers d'être valaisans en l'occurrence -, ils se sont enfin adressés à l'infirmier qui leur a affirmé être d'origine vaudoise, même si son physique attestait qu'il pouvait venir d'ailleurs. Un peu poussé dans ses retranchements par une des patientes très en verve, il a opéré un repli dans le bureau où il m'a spontanément expliqué la raison de son refus d'entrer en matière sur son origine avec cette patiente. Il ressentait sa demande comme intrusive et ne souhaitait pas lui donner prise sur ce qui lui paraissait être d'un registre personnel.

Attitude justifiée dans cette situation qui relève de la contention des débordements possibles de cette patiente et non pas d'un renforcement de l'estime de soi visant à réduire l'anxiété si on se réfère à la fonction de soutien. Cet exemple permet d'apprécier le travail intérieur que doit effectuer le soignant pour se positionner de façon pertinente selon la situation à laquelle il est confronté.

Gunderson relève que les soignants qui travaillent dans des milieux qui privilégient cette fonction de soutien se caractérisent par des qualités proches de celles qui sont nécessaires à assurer la fonction de validation : calme, tranquillité, patience, capacité à gérer en équipe les phases de découragement et en règle générale plus âgés que les patients dont ils s'occupent. Pour Gunderson:

*Those milieus which emphasize support are recognizable as retreats which provide nurturance and permit, encourage, and direct patients to venture into other, more specific therapies, such as psychotherapy, rehabilitation or family therapy*¹⁹. (Guderson, 1978, p. 329)

Si nous nous référons à la mission de Fraidieu, nous retrouvons cette notion de refuge dans cette Unité Résidentielle Hospitalière (URH). En effet, elle accueille des patients qui souffrent de troubles psychiques chroniques très invalidants et qui n'ont pas trouvé ailleurs de lieu de

¹⁸ ... la volonté de l'équipe à partager des expériences personnelles, de reconnaître ouvertement ses réactions personnelles ou de rester disponible pour des visites des patients après leur sortie. (traduction libre)

¹⁹ Ces milieux qui mettent l'accent sur le soutien sont reconnus comme des refuges qui fournissent des soins et permettent, encouragent et dirigent les patients à s'aventurer dans d'autres thérapies plus spécifiques comme la psychothérapie, la réhabilitation ou la thérapie de famille. (traduction libre)

vie adapté pour répondre à leur problématique et capable de leur offrir un cadre pour une pause thérapeutique.

Autres fonctions du milieu mobilisées à Fraidieu: la contention et la structuration.

Dans notre hypothèse, nous avons postulé que les fonctions privilégiées dans le travail des soignants à Fraidieu, unité hospitalière résidentielle, pouvaient être la validation et le soutien. Lors de nos observations, c'est effectivement ces deux fonctions qui nous ont semblé être privilégiées lors des interactions soignants-soignés auxquelles nous avons assisté.

En reprenant le matériel des entretiens, nous avons relevé que l'infirmier interviewé identifie que dans la prise en soins de tous les patients la fonction de contention est mise en œuvre par le concept environnemental de l'unité tant spacio-temporel que relationnel :

Une journée standard pour moi c'est d'être le plus confortable possible, un petit peu comme je suis assis sur ce fauteuil avec des gens et ce qui me permet en fait et bien déjà de me montrer, parce qu'il faut absolument qu'à Fraidieu les patients nous voient, un maximum de temps, parce que c'est nous quand même qui créons l'ambiance du service. ...

Il y a certainement des fonctions qui sont plus mobilisées que d'autre mais elles sont toutes utiles. On utilise moins la contention, quoique !? On ne peut pas dissocier Fraidieu d'une mesure de contention parce que c'est le milieu qui crée la contenance. Il y a une notion chez Gunderson, qui est de dire qu'on a le temps. Nous, on se dit « on ne se précipite pas, on laisse ça un peu et on verra ce que cela donnera demain ou après-demain ». On ne se précipite pas, enfin du moins on essaie de ne jamais précipiter les choses. (Entretien 1)

Il précise également que dans certaines situations, la fonction de structuration peut-être utilisée pour renforcer la contention d'un patient :

Il peut arriver qu'un patient ait un programme aussi, on pourrait parler de structuration... J'en ai un dans la tête qui bénéficie de ce programme pour retrouver une certaine tranquillité. Quand on met un programme à quelqu'un, ça veut dire qu'on baisse d'un cran dans l'hypostimulation chez cette personne là. Par exemple en l'empêchant d'aller à la cafétéria où il y aura des gens qui vont le stimuler et ça va tellement le stimuler que ça peu aller jusqu'au délire, jusqu'au malaise.

Quand on baisse d'un cran ça ne veut pas dire qu'on laisse le patient tout seul et qu'on le laisse se calmer tout seul. Non, on est là mais on répond différemment. (Entretien 1)

Nous retrouvons dans ces propos les caractéristiques attribuées par Gunderson à la fonction de structuration :

It allows patients to feel safely attached to their environment-« safely » because they fell neither invaded nor alone. The function of structure is to promote changes in the patients' symptoms and action patterns that are considered socially maladaptive²⁰. (Gunderson, 1978, p. 330).

²⁰ Elle permet au patient de se sentir attaché de manière sécurisante à son environnement : "sécurisante" car il se sent ni envahi, ni seul. La fonction de la structuration et d'amener des changements dans les symptômes et les manières d'agir du patient qui sont considérés comme socialement inadapté. (traduction libre)

6.2. A Vaudaire, secteur hospitalier de soins aigus : les fonctions de contention et de structuration.

La contention : mesures environnementales et cadre clinique²¹.

Les fonctions du milieu avec lesquelles on travaille tous les jours sont : le soutien, la contention et la validation. C'est souvent de manière inconsciente, c'est dans notre savoir faire, savoir être, ce n'est pas des choses qu'on doit noter. Des fois la contention ça peut être lié à une chambre fermée ou bien simplement les murs de l'hôpital ou contenir un patient par la médication. En faisant tout ça, on fait de la contention, on utilise une telle fonction du milieu. (Entretien 2)

La première fonction du milieu qui me vient à l'esprit par rapport à ce que j'ai dit avant, c'est la contention. Lors de situations violentes, physiques ou verbales où la tension est vraiment au maximum, il faut contenir le patient tant psychologiquement que physiquement même. C'est vrai que ce n'est pas toujours facile. Même si on est plusieurs, ce n'est pas toujours facile. On parlait de moment de peur, c'est vrai que j'ai eu peur et c'est difficile en ayant peur de pouvoir contenir correctement le patient. (Entretien 8)

Le cadre, ça fait partie du projet thérapeutique. C'est décidé avec le médecin dans les entretiens ; le cadre c'est très médical. En tant qu'infirmier, on ne prend jamais seul de décisions par rapport au cadre ; c'est toujours dans un entretien avec les médecins qu'on prend les décisions par rapport au cadre. (Entretien 1)

Les moments de cure sont aussi particuliers. Les patients sont en phase très aiguë, ils sont décompensés. On leur amène leurs médicaments ou parfois on doit leur faire une injection et les accompagner dans ces moments-là. Donner un thé, voir de quoi ils ont besoin, sinon rester simplement là ; mais des fois c'est beaucoup plus compliqué. Il peut y avoir de la violence, ça c'est très difficile. Quand il y a de la violence physique, ça fait peur ; il faut contenir le patient et souvent on est beaucoup et il y a beaucoup d'agressivité verbale ou physique, c'est plus difficile à gérer. Quand dans le service il y a une personne qui va mal et qui devient violente physiquement ou verbalement, les autres patients sont aussi tendus, ils ressentent l'agressivité. Alors c'est tendu dans le service et c'est là que c'est difficile à gérer.

Mettre en place un cadre hypostimulant, dans le concret c'est un patient qui restera une bonne partie de la journée en chambre. Le but c'est qu'il puisse se reposer, qu'il puisse se recentrer, qu'il puisse avoir le moins de stimulation possible avec les autres patients et qu'il puisse être un peu tranquille, un peu protégé dans un cocon. On amène les repas en chambre, la médication aussi. On va voir régulièrement s'ils ont besoin de quelque chose, si par exemple, ils veulent boire quelque chose. Mais il faut les laisser se reposer. C'est vrai que des fois le patient qui nous arrive décompensé, les jours qui ont précédé l'hospitalisation il a très peu dormi. Ce sont des personnes qui sont très fatiguées qui n'en peuvent plus. Les laisser se reposer, et vraiment qu'ils soient un peu protégés à ce moment-là. (Entretien 8)

Sur le milieu c'est-à-dire, ce qui peut se passer aussi bien à la cafétéria, à l'ergo, dans le milieu, le site. Ça fait référence plutôt à l'hospitalier en fait, sans parler que des murs de l'hôpital, en parlant aussi de ce qui peut y avoir à la polyclinique, ou je ne sais pas à l'UAT ou dans les structures intermédiaire. Voilà, un peu tout ça.

Ce qui caractérise le travail qui se fait dans tous ces différents endroits, je ne sais pas, c'est dur à répondre comme ça ; ça peut être toutes les interactions qu'on a avec le patient : dans les réseaux, dans les entretiens. Ça peut être les visites qu'on doit faire avec le patient dans un lieu où il va peut-être aller plus tard, enfin, dans un lieu de soins. Ça peut être quoi encore ?, en fait je ne sais pas... il

²¹ Le cadre clinique en psychiatrie est fait des consignes, des règles, de l'organisation, bref de tout ce qui est fixe dans le projet thérapeutique : heures, activités, soins, entretiens, médications, etc. Il va remplir en gros trois fonctions principales : une base solide pour le traitement, un holding et une fonction contenante. Il est à la fois concret et symbolique ce qui fait sa complexité. Panchaud, R., Miazza, M., (2003).

n'y a pas une chose qui caractérise ça ... C'est un peu notre travail, c'est aussi tout ce qui caractérise ça. Notre travail n'est pas seulement tout ce qui se passe à l'hôpital mais aussi tout ce qui se fait en dehors de l'hôpital. (Entretien 2)

Pour rappel, à Vaudaire, il nous a semblé que nous entrions dans un espace très contenant ; même la hauteur sol-plafond nous est apparue réduite. Nous avons comparé l'atmosphère du service à celle d'une ruche ; les professionnels y sont affairés et ils s'interpellent pour demander de l'aide ou pour signaler leur déplacement hors du service. Précédemment, nous nous sommes demandés si cette atmosphère dynamique et vivante correspondait aux caractéristiques d'un service de soins aigu et d'une équipe composée principalement de jeunes professionnels.

Nous nous proposons ici une deuxième lecture en regard de l'hypothèse que des fonctions spécifiques du travail de milieu sont plutôt mises en œuvre dans ce type de service en regard des patients qui y sont accueillis et de la mission de ce lieu.

Tout d'abord, la *fonction de contention* pour laquelle, et comme le précise Gunderson,

*It is also a principal focus of maximum security units and the more recently created brief crisis intervention units*²². (Gunderson, 1978, p. 329)

Elle vise, selon cet auteur,

*(...) to sustain the physical well being of patients and to remove the unaccepted burdens of self-control or feelings of omnipotence*²³. (Gunderson, 1978, pp. 328-329).

Lors de nos journées d'observation, nous avons pu noter que cette fonction à visée préventive des passages à l'acte (suicide, agression) et thérapeutique pour des patients en état de crise est tout d'abord définie dans un « cadre thérapeutique » qui prend en compte entre autres des mesures environnementales telles que les chambres fermées ou la porte fermée du service. A relever que l'unité est également équipée de fenêtres sécurisées ; elles peuvent s'ouvrir de l'intérieur mais sont dotées d'un système de double vitrage externe résistant aux chocs. L'aération est cependant garantie par de multiples orifices dans cette vitre spéciale permettant le passage de l'air en complément à une ventilation mécanique.

Cette fonction de contention est également prise en considération tant dans les conditions d'hospitalisation, décidées en équipe pluridisciplinaire, pour chaque patient selon sa situation singulière que dans l'attitude relationnelle des soignants à l'égard desdits patients. Ainsi, certains bénéficient d'un statut d'hospitalisation en chambre fermée ou dans le service sans autorisation d'en sortir ; c'est pourquoi la porte d'entrée du service reste fermée certains jours par exemple, lorsque le patient ne peut prendre l'engagement d'y rester de son propre gré.

Nous aimerions relever ici que nous avons été étonnés de constater que les professionnels ne fasse pas davantage référence à la contention induite par le type de médicaments (neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs, etc.) prescrits et administrés aux patients en psychiatrie. Si nous nous référons à notre propre expérience et formation des soins en psychiatrie dans les années 1970, la controverse à ce sujet était forte. Plus de 30 ans plus tard, ce paramètre semble banalisé, voire occulté, tant il fait partie du paysage d'une prise en soins classique.

²² *on y a plus particulièrement recours dans des unités d'interventions brèves et de crises.* (traduction libre)

²³ *à maintenir l'intégrité physique chez des patients aux comportements autodestructeurs et à réduire les sentiments d'omnipotence chez les patients aux comportements agressifs.* (traduction libre)

La contention relationnelle et le cadre.

L'aspect relationnel, pour moi, c'est l'essentiel de ma journée. Etre en relation, être en contact avec les patients. Cela peut être dans des tas de petites choses qu'on a de la peine à quantifier. Par exemple, lorsque le patient frappe à la porte, il a une demande, il a un souci, on prend cinq minutes pour le régler, c'est vraiment des petites choses du quotidien. C'est une présence continue. Les patients, on les sent aussi plus rassurés quand ils nous sentent là, quand ils savent qu'ils peuvent passer au bureau pour nous demander, au fur et à mesure par rapport à ce qu'ils vivent. ...

Avant de commencer ici, je ne m'attendais pas à me faire insulter, à me faire cracher dessus. Ce n'est pas très confortable ! J'avais beaucoup de peine quand un patient me demandait de sortir et de lui répondre « Non, vous ne pouvez pas sortir. Non, vous ne pouvez pas téléphoner » ; j'aurais pu me cacher sous la moquette pour ne pas à avoir dire au patient "non vous ne pouvez pas". Je trouvais très inconfortable d'avoir toujours cette position cadrante et aussi de s'attendre à la réaction du patient. Entrer en conflit, c'est assez lourd. En général ici on a peu de retour, peu de valorisation. (Entretien 1)

Moi, ce qui me plaît, c'est le côté suivi que l'on peut avoir, toute l'observation qu'on peut faire sur la durée. Commencer à connaître son patient, connaître les moments d'angoisses, les moments comme ça, je pense que je parlerais plus du rôle de soutien où je dois faire parfois de la contention, enfin souvent de la contention même. ...

On doit leur mettre des limites, ou bien leur dire qu'on est pas d'accord avec leur projets, ou bien qu'on est pas content, qu'on est déçu par rapport à tel comportement. Tout ce qu'on ne donne pas quand on est juste à l'écoute ; en fait, des côtés confrontant, ils en ont beaucoup besoin. (Entretien 2)

Il y a des interactions avec les patients, où ils nous transmettent, disons de façon un peu plus proche, comment je dirais, qu'ils nous transmettent un peu leur vécu, leur angoisse et un peu leur inquiétude, soit par rapport à un entretien qu'ils ont eu ou un entretien qu'ils vont avoir. Voilà il faut contenir tout ça, essayer de les soutenir, de voir un peu avec eux ce qui ne va pas. (Entretien 6)

Selon l'évaluation de la situation et la discussion lors des colloques bihebdomadaires, une indication de packs de contention peut être posée. Les soignants sont omniprésents dans le service tant en quantité qu'en qualité de présence. Ils se montrent disponibles lorsqu'ils sont sollicités à la porte du bureau infirmier par des patients exprimant ou manifestant de l'anxiété ou de l'angoisse ; ils leur proposent la plupart du temps de les rejoindre dans leur chambre pour les écouter. Ils passent régulièrement et à heures fixes voir les patients en chambre fermée et en cas de situation de soins aigus ils restent dans la chambre avec le patient. Si un programme de contention est prescrit (la prescription d'une mesure de contrainte ne peut se faire qu'après consultation de l'équipe selon la loi et les faits), il fait l'objet d'un protocole écrit, revu quotidiennement, affiché au tableau dans le bureau. Ce programme écrit et mis en visibilité articule à la fois la fonction de contention et celle de structuration que nous verrons ci-après.

La contention : un travail d'une équipe infirmière et médicale cohérente et solidaire.

Le cadre, on le décide ensemble infirmiers et médecins ; ce n'est pas simplement le médecin qui dit "je décide que". Nous, on est 8h30 avec les patients, donc on les voit, on les observe, donc je peux amener mes observations infirmières pour dire et bien voilà "je pense que pour ce patient c'est le moment par exemple d'aller faire une promenade accompagnée, dehors". Par mes observation dans le milieu, par la relation que je peux avoir avec le patient je peux dire et bien voilà "Je pense que c'est le bon moment" et on en parle avec le médecin et il dit "ok, et bien moi aussi je pense que c'est une bonne idée ». On peut changer le cadre ; on décide qu'à partir d'aujourd'hui on peut faire une promenade et à ce moment là on en parle dans l'entretien. Donc effectivement, c'est quelque chose d'équipe, ce n'est pas le médecin qui va décider tout seul : « eh bien voilà, dès demain vous avez le malade », c'est de toute façon après une discussion avec les infirmiers. (Entretien 1)

Il y a des choses plus valorisées. Il y a, par exemple, les traitements des packs d'élaboration, les traitements de massage, les traitements de perfusion aussi, quand il y a un soin un peu plus technique. Cela se passe dans un cadre particulier. Ce sont des traitements qui sont réfléchis, qu'on a élaborés, auxquels on a donné un sens, comme les traitements de packs. Lors des coordinations où sont présents les infirmiers référents, les médecins, les ergo, l'assistante sociale, on réfléchit à ce qu'on pourrait proposer au patient, quand on décide de proposer un traitement hospitalier, par exemple, quand on décide de mettre en place des packs. Dans un traitement de packs, on collabore avec différentes personnes qui font partie de la situation donc on va parler à différentes personnes de ce qu'on fait. On a des supervisions, on est à chaque fois supervisé quand on fait un pack d'élaboration. Il y a aussi les entretiens de bilan où il y a tout le monde qui se retrouve à ce moment-là, autant les familles, que les thérapeutes. On parle aux médecins, aux médecins assistants, de mettre ensemble tout ça, comment dire, on est pris vraiment dans une situation où il y a plein de personnes qui gravitent autour et on collabore pour avoir tous les éléments. Pour toutes ces activités, c'est déterminé quand on les fait, combien de temps. Dans la durée des fois ce n'est pas déterminé ; on va faire ça pendant 3 mois, des fois on ne sait pas quand ça va s'arrêter. Mais c'est plus officiel, on décide de faire ça, on annonce à la famille, les thérapeutes se sont mis d'accord ensemble. (Entretien 8)

Gunderson relève que les caractéristiques nécessaires aux soignants pour faire face à ce type de situations de soins sont la force physique, le self contrôle et la fiabilité.

Nous avons observé que la mixité de cette équipe permet de répondre à l'ensemble de ces caractéristiques mais que c'est la cohésion et le climat de l'équipe du jour qui semble déterminer avant tout la qualité de cette fonction de contention.

Lors de notre passage, le responsable était en arrêt maladie et un nouvel adjoint venait d'être nommé. Sa présence et son sens du leadership, son investissement et son assise professionnelle dégageaient un climat dans lequel chacun semblait trouver sa place assurant ainsi une dynamique vivante et chaleureuse. Les infirmières et la stagiaire infirmière que nous avons croisées avaient une attitude plus discrète et étaient plus en retrait au sein de l'équipe dans le bureau, mais très présentes auprès des patients.

Les jours où nous avons été là nous n'avons pas remarqué des signes des risques que Gunderson signale à un accent trop important qui serait donné à cette fonction :

This can suppress initiative and hope and can reinforce isolation. Staff employed on such units often feel futile, and if they survive that, come to feel bored and to view the work mechanistically²⁴. (Gunderson, 1978, p. 329)

La structuration : ritualisation, socialisation.

On les aide à structurer leur journée, on les aide à structurer leur temps. Ça fait partie du travail infirmier ; ça peut être à la demande du patient donc c'est vrai que, au fait ça dépend du patient. (Entretien 6)

Par exemple, la structuration : les patients ont un traitement médicamenteux, des entretiens. Mais en plus, le milieu c'est d'être avec l'autre, d'être dans un groupe. C'est de respecter qu'à 8h du matin, on prend son petit déjeuner. C'est de respecter qu'à 23h on est couché. C'est des règles institutionnelles qui permettent à des jeunes patients qui sont un peu à la dérive, qui n'ont plus d'horaire, plus d'habitude, plus d'hygiène de vie de se réhabituer à se dire qu'effectivement le matin à 8h on se lève,

²⁴ L'initiative et l'espoir peuvent être réprimés et l'isolement se trouve renforcé. L'équipe d'un tel service se sent souvent futile et même si elle peut dépasser cette impression l'ennui et la routine peuvent s'installer. (traduction libre)

on prend son petit déjeuner, on prend une douche. C'est de les remettre comme ça dans un rythme, c'est quelque chose qui peut leur apporter un plus à leur traitement médical. C'est d'être avec l'autre, de savoir comment se comporter avec l'autre. Enfin, c'est vraiment des choses de base que les patients réapprennent dans un cadre hospitalier comme ici....

Je pense que tout le monde y contribue. L'ergothérapie est aussi un milieu important pour une revalorisation pour une évaluation. L'assistante sociale, enfin toute l'équipe y contribue. C'est vrai que peut être les infirmiers, on est plus dans le côté repas, toilettes, lever ; enfin c'est nous qui sommes responsables en fait par rapport au patient, qu'il se soit levé le matin, qu'il se soit nourri, qu'il se soit douché, des choses comme ça de base, ça c'est plutôt le personnel infirmier. (Entretien 1)

A Vaudaire, comme dans d'autres services hospitaliers, le temps est organisé et ritualisé tant pour les patients que pour les soignants par la prise des repas - ici en chambre, dans le service ou à la cafétéria selon le programme du patient -, par la prise des médicaments et par différents soins spécifiques. Une des facettes de la *fonction de structuration* réside dans cette organisation temporelle.

Les autres moyens utilisés comme balises temporelles sont les ballades accompagnées et les packs de contention ou d'élaboration. En règle générale, ce sont les infirmiers référents du patient qui assurent ces soins. A leur retour dans le bureau infirmier, nous avons assisté à des échanges nourris entre collègues qui nous semblaient permettre une véritable métabolisation du vécu partagé avec le patient dans ce moment d'interaction.

En plus de cette gestion du temps, nous avons observé à Vaudaire comme à Fraidieu, que la prise des médicaments effectuée par la plupart des patients à la porte du bureau infirmier, se déroule selon un rituel bien codifié. Il est attendu du patient qu'il se présente avec un gobelet d'eau pris à la fontaine à eau, à sa disposition juste à côté dans le couloir, et qu'il avale ses médicaments en présence de l'infirmier. Pour les patients en chambre fermée, c'est l'infirmier qui les lui apporte et selon le type de traitement lui administre ses médicaments.

La structuration : des repères dans l'espace de l'unité et de la relation.

Le matin, il y a aussi parfois besoin d'accompagner des personnes à la douche. Ça n'arrive pas souvent. C'est juste pour leur donner les affaires et leur montrer où se trouvent les choses. Si c'est un patient qui vient d'arriver, on l'accompagne dans ces moments-là. Sinon, on répond aux demandes qu'ils peuvent avoir, ça c'est pour toute la journée. Si un patient n'est pas bien, il peut avoir besoin d'un moment infirmier ou bien qu'on lui donne une réserve. Donc ça dépend tout, on s'adapte à chaque personne. (Entretien 8)

Les autres repères qui permettent au patient de se sentir dans un environnement prévisible sont ceux que nous-mêmes avons cherchés lors de notre premier jour d'observation. La topographie du service facilitée, par exemple, par le code de couleur attribué aux portes des différentes pièces.

Nous avons également observé que lors des interactions avec les patients, les soignants les saluent systématiquement par leur nom et que pour tout nouvel arrivant ils se présentent et spécifient leur fonction. En effet, les soignants de Nant ne portent ni blouses ni badges, ce qui au premier abord ne rend pas l'identification facile mais qui à l'avantage, comme nous l'ont souligné les soignants que nous avons rencontrés, de les "obliger" à aller à la rencontre des patients et de ne pas prendre la première présentation pour un acquis, c'est-à-dire à répéter ses présentations si nécessaire.

La structuration comme renforcement de la contention.

Pour moi, le travail du milieu ça réunit une multitude d'actes ou d'être. C'est d'être avec le patient dans un contexte bien déterminé, comme ici à l'hôpital. Dans les choses formelles, comme quand on met en place un cadre de cure ou un cadre hypostimulant, où lorsqu'on va amener la médication à des heures bien déterminées. (Entretien 8)

Nous avons déjà fait état d'une des modalités utilisée pour les patients nécessitant des mesures de contention, à savoir la chambre fermée. Pour ces patients, des programmes journaliers de soins sont établis et affichés dans le bureau infirmier. Ils sont remis aux patients et explicités par le soignant lors de ces différents passages. Ces programmes définissent la planification d'une journée et les différentes activités de soins y relatives. Ces mesures répondent à la *fonction de structuration* pour le patient en rendant son environnement plus prévisible. Elles ont également un fort impact de contention dans cette unité hospitalière de soins aigus de psychiatrie adulte.

Nous avons pu assister, lors du retour de l'infirmier au bureau, aux transmissions régulières qu'il fait à ses collègues sur les attitudes, réactions et questions du patient auxquelles il a dû faire face ; elles dénotent soit de l'appréciation positive que le patient exprime sur ses mesures qui l'apaisent soit de demandes d'ouverture qui seraient alors transmises et discutées avec l'équipe médicale.

Nous pouvons voir ici un des bénéfices de cette fonction de structuration relevée par Gunderson:

*Insofar as any of these uses of structure are planned with patients (...) the structure ceases being only a treatment but begins to become a therapy*²⁵. (...) (Gunderson, 1978, p. 330)

Il ajoute par ailleurs que :

*Structure is also readily recognizable in those milieus which heavily invoke a medical model or which are intent upon early discharge*²⁶. (Gunderson, 1978, p. 330).

Cette précision ne nous semble pas correspondre à la durée des hospitalisations très variables que nous avons pu constater lors de nos observations dans ce service. Mais il est vrai que le modèle médical prévaut à Vaudaire comparativement à Fraidieu et au CTJ. Même si, ici non plus, les médecins n'ont pas de bureau dans le service, leur passage est quotidien soit pour prendre des nouvelles de certains patients, soit pour demander à voir certains patients en entretien seul ou en famille, soit pour ajuster la thérapeutique médicamenteuse ou certaines investigations.

Programme individualisé et travail d'équipe.

Lors des réajustements des programmes individualisés, nous en avons profité pour échanger avec les infirmiers que nous avons rencontrés à Vaudaire. Nous avons cherché à identifier si ce travail était le simple fait d'une routine de service et/ou si lors de ces moments ils prenaient en compte le sens et la portée de ces programmes pour le patient, comme le précise Gunderson :

²⁵ *d'un traitement imposé au patient la fonction de structuration peut devenir une thérapie dès lors que les moyens à mettre en place sont décidé avec le patient. (traduction libre)*

²⁶ *Cette fonction est souvent caractéristique des milieux basés sur un modèle médical et de ceux qui offrent de courtes hospitalisations. (traduction libre)*

It allows patients to feel « safely » because they feel neither invaded nor alone. The function of structure is to promote changes in the patients' symptoms and action patterns that are considered socially maladaptive²⁷. (Gunderson, 1978, p. 330)

Les discussions engendrées par nos interrogations au sein de l'équipe ont à chaque fois permis de vérifier qu'il y avait bien un peu des deux. Routine fastidieuse dans la nécessité administrative de tenir à jour les documents du dossier du patient et importance des programmes pour le patient. Nous avons déjà identifié ce même type de propos lors des interviews que nous avons conduits.

On a peu de paperasse, quand je compare à d'autres services. On est beaucoup dans la parole, on est moins dans l'écrit. Je n'ai pas l'impression de perdre beaucoup de temps dans l'administratif. Une fois dans la journée on fait le résumé de la journée et c'est tout. (Entretien 1)

Nous avons été surpris de constater que la traçabilité des soins est considérée par certains soignants comme une contrainte administrative inhérente à leurs responsabilités professionnelles mais qu'ils ne reconnaissent pas comme une des dimensions de leur approche soignante. Ensuite, très vite les échanges portent sur le sens et l'importance pour les patients et pour la cohérence du travail de l'équipe de la mise à jour et de la visibilité de ces programmes de soins.

Dans la soirée, on fait le relevé de nos observations quotidiennes ; dans chaque dossier il y a une rubrique pour noter les observations quotidiennes, donc on marque ce qui s'est passé de spécial dans la journée. S'il n'y a rien eu de spécial et bien on essaie de marquer comment s'est passée la journée. Les veilleurs font la même chose. Ils marquent pour la nuit et ils peuvent lire ce qu'il s'est passé pendant la journée ; ainsi on peut avoir une continuité. (Entretien 8)

Lors de nos journées d'observation à Vaudaire, nous avons remarqué que c'est le plus souvent le responsable adjoint qui prend l'initiative de décrocher les programmes individualisés du tableau d'affichage pour les réactualiser. Cela peut paraître légitimé de par sa participation aux colloques pluridisciplinaires au cours desquels est discutée l'évolution de la prise en charge des patients du service. Aux dires de ses collègues, sa nouvelle prise de fonction le rend aussi plus exigeant au sein de l'équipe quant à la tenue des dossiers des patients.

Lorsqu'il sollicite ses collègues, ces derniers lui renvoient des remarques de pseudo-dérision arguant là qu'ils comprennent bien pourquoi il a été choisi au poste de responsable-adjoint. Il répond avec beaucoup d'humour, renforçant même les propos de ses pairs et reconnaissant son côté obsessionnel.

De notre point de vue, ce professionnel se distingue des autres collègues présents ces jours-là, et répond particulièrement, selon Gunderson, aux qualités requises pour assurer une telle fonction du milieu :

Ideal qualities in staff on such wards are compulsivity and comfort with aggression. Compulsivity refers particularly to such qualities as punctuality, orderliness, and comfort with rituals and precision. Comfort with aggression is manifest in tolerance of anger, ability to set limits, and firmness.²⁸ » (Gunderson, 1978, p. 330)

²⁷ Elle permet au patient de se sentir attaché de manière sécurisante à son environnement : "sécurisante" car il se sent ni envahi, ni seul. La fonction de la structuration et d'amener des changements dans les symptômes et les manières d'agir du patient qui sont considérés comme socialement inadaptés. (traduction libre)

²⁸ Les soignants garants de cette fonction sont ceux qui font preuve de ponctualité, de discipline, de précision et qui se sentent à l'aise avec des rituels. Ils doivent aussi savoir faire face à l'agressivité en ayant la capacité de fixer des limites et en faisant preuve de fermeté, tout en tolérant la colère. (traduction libre)

Que dire des attitudes plus légères, un brin cynique ou plus discrètes voir effacées que nous avons aussi observées dans les interactions de l'équipe dans le bureau ou la pièce attenante ? Elles nous ont parues discorder des postures centrées que nous observons lors des interactions avec les patients. Faut-il y voir un mécanisme de défense de l'équipe soignante répondant au sentiment de dévalorisation que peut engendrer l'activation au quotidien de cette fonction de structuration comme le relève Gunderson :

The value given to an essentially impersonal function may cause staff to feel devaluated, but it also minimizes staff conflict (Hagen, 1975)²⁹. (Gunderson, 1978, p. 330).

6.3. Au CTJ : les fonctions de mobilisation et de soutien.

Dans l'hypothèse posée que chaque secteur fait appel à des fonctions du milieu spécifiques, nous avons postulé que dans l'intermédiaire, ici le CTJ, il s'agit plutôt de la mobilisation et du soutien. En regard de nos observations de terrain et des propos des infirmiers interviewés nous nous proposons ci-après d'examiner si cette hypothèse se vérifie ou non.

Mobilisation : mobilité des soignants pour mettre en mouvement les patients

Il y a des patients qui vont être dans le salon, qui vont discuter entre eux. D'autres vont faire la sieste parce qu'ils ont besoin de repos ou certaines activités comme des jeux ou autres. Nous, les soignants, on est au maximum dans le groupe. Enfin, ces temps c'est un peu compliqué parce que nous sommes très occupés par pas mal d'entretiens, vu qu'il y a pas mal de patients. Du coup on passe pas mal de temps à voir les patients, soit seul en entretien, soit avec les thérapeutes du Centre de jour. ...

Dans la journée il y a des moments où il n'y a pas de soignants du tout dans le groupe parce qu'on est occupé à des entretiens et des fois il y a des rendez-vous à l'extérieur. Des fois on est seul dans le groupe. L'idéal s'est d'y être à deux voire trois parce que c'est là qu'on peut utiliser et exploiter au maximum ce qui se passe dans le groupe. Le Centre de jour étant centré sur ce qui se passe en groupe, lorsque deux soignants sont présents ils peuvent davantage utiliser le contenu et intervenir dans le groupe pour faire des commentaires par exemple. C'est aussi plus confortable d'être à deux. De temps en temps on est tous là, mais c'est assez rare. C'est plutôt en fin de journée qu'on est tous réunis. (Entretien 3)

Notre perception du mouvement au CTJ s'inscrit dans une verticalité entre les différents étages de la villa avec un axe central situé au niveau de l'espace « communautaire » du rez-de-chaussée. Les allées et venues des soignants contrastent avec l'immobilisme des patients ; elles sont réglées de telle manière qu'une présence constante des professionnels est assurée au sein du groupe de patients qui occupent le salon.

Nous avons été impressionnés par la fluidité du mode de communication qui règne au sein de cette équipe. Lors de leur passage de témoin au salon, ils sont ainsi capables les uns et les autres, sur des modalités qui leur sont propres, de poursuivre les échanges initiés par leur collègue avec les patients ; il se dégage de ce mode d'interaction une forte cohésion d'équipe, pour qui assiste à leur ballet.

²⁹*L'importance donnée à cette fonction essentiellement impersonnelle peut causer un sentiment de dévalorisation à l'équipe, mais elle contribue aussi à diminuer les conflits au sein de l'équipe. (traduction libre).*

Mobilisation et plaisir pour faire naître le désir

C'est un travail relationnel. Même si leurs pathologies peuvent être identiques, ça reste chaque fois une autre rencontre avec un patient, c'est chaque fois une autre histoire. Il faut inventer un autre traitement parce qu'à chaque fois c'est quelqu'un d'autre, avec une histoire de vie différente. C'est cette rencontre-là qui est intéressante, qui est porteuse de cette créativité. Notre travail c'est un travail en équipe, c'est aussi un travail dans le groupe. Enfin c'est un travail que j'aime beaucoup et que je trouve très intéressant de par ce qu'on peut créer dans le groupe. On peut vivre des moments des fois difficiles mais il y a aussi des moments extrêmement sympathiques et drôles ; même si les patients sont malades, ils sont extrêmement joueurs par moment. ...

Il y a des professionnels qui ont une formation en soins infirmiers mais dont le Centre de Jour ne serait pas leur truc. C'est plutôt de l'ordre d'une implication personnelle, d'être motivé, l'envie de se mouiller. Parce qu'on est quand même passablement impliqué ; on vit avec les patients, ils nous posent pleins de questions, on est dans le bain. C'est quelque chose que l'on observe quand on fait les sorties le jeudi. Une fois on est parti faire du rafting avec des patients et bien je pétais de trouille comme les patients ! Et bien, ils ont vu que moi aussi j'avais peur. Des fois ils ont l'impression que nous sommes solides, que tout va bien pour nous. Là, ils ont vu que j'avais la trouille comme eux.

Ainsi on leur montre qu'on peut aussi être touché par certaines choses, qu'il y a des choses qu'on aime ou pas, même si on n'entre pas dans notre vie privée. (Entretien 3)

Involvement helps patients to feel competent and respectable. It also encourages patients to recognize their potential to affect their human environment. Too much involvement may cause some patients to feel invaded and may result in belligerent negativism. Others feel intimidated and conform thoughtless³⁰. (Gunderson, 1978, p. 331).

Nous nous sommes posées la question des ingrédients nécessaires pour construire et maintenir au quotidien une telle énergie et une telle légèreté.

Un des éléments de réponse nous a été donné par un des infirmiers du CTJ lors de notre visite au Musée d'histoire naturelle de Neuchâtel. A notre question de savoir si les patients sont associés au choix de sorties, il nous a répondu non et d'ajouter que l'un des critères retenus pour ces sorties est le plaisir que peut y trouver l'équipe soignante.

Quelque peu interloqués par sa réponse, nous avons cherché à en comprendre les raisons. Il nous a alors expliqué que, si dans un premier temps, ils ont associé les patients à l'élaboration des projets de sortie, ils ont réalisé que le résultat n'est pas satisfaisant car au final les patients-participants et les soignants-accompagnants s'ennuient. La solution à cette situation a été trouvée dans ce principe de plaisir que l'un ou les membres de l'équipe a de partager avec les autres une envie de découverte ; ce modus vivendi s'est finalement avéré plus opérant pour l'investissement des patients.

Est-ce la vérification d'une hypothèse sur le processus thérapeutique lié à la relation soignant-soigné qui postule que l'investissement positif du soignant est introjecté par le patient et que ce processus d'introjection serait le vecteur du changement ?

Mobilisation, structuration et contention : ritualisation de la mise en activité

Le milieu, c'est un groupe de patient avec des soignants où on a des règles minimum. On doit vivre ensemble là-dedans et c'est nous soignants qui sommes garants des règles, c'est pour ça que c'est un milieu thérapeutique. Un milieu ça se crée ; on pourrait créer un milieu Centre de Jour ailleurs. Mais dans un endroit qui s'appellerait aussi Centre de Jour, qui a une fonction.

³⁰ *La mobilisation aide les patients à se sentir compétents et respectables. Cela les encourage aussi à reconnaître leur pouvoir d'affecter leur environnement humain. Trop de mobilisation peut causer un sentiment d'invasion et un négativisme belliqueux. D'autres se sentent intimidés et obtempèrent sans réfléchir. (traduction libre).*

La première fonction du milieu mobilisée au Centre de Jour, c'est celle liée au milieu structurant. Parce qu'ici, on a une heure d'arrivée et une heure de départ et c'est ce qui fait souvent défaut chez nos patients. Au début du traitement, pour eux, c'est difficile d'arriver à l'heure. Il y a des gens qui pourraient travailler mais qui n'arriveraient jamais à l'heure et ne pourraient pas tenir un cadre. Après cette première fonction de structuration, je mettrais la contention parce que le milieu contient. Quand le groupe s'est agrandi, on s'est dit « mais les gens vont devenir hyper stimulés » et finalement, au contraire, plus le groupe est grand plus les gens sont contenus paradoxalement. (Entretien 4)

Lors des sorties, on reste dans le groupe du Centre de Jour. Même si la maison n'est plus là, on garde notre identité Centre de Jour dans une activité qui est définie. Ça mêle pas mal de choses assez intéressantes. On est confronté à quelque chose d'extérieur et on va utiliser ce qui va se passer à l'extérieur pendant le traitement du milieu au Centre de Jour. Tout comme lorsqu'on va faire les courses à la Migros avec les patients. La Migros est un partenaire référent du milieu parce qu'il s'y passe plein de choses dans une activité comme celle-là. Il y a des patients qui vont s'angoisser parce que tout un coup il y a du monde, parce qu'il n'y a pas ce que l'on veut, qu'il faut faire des choix, qu'il faut improviser et qu'il faut payer. Donc là aussi, c'est un mini groupe; ils sont 3 mais il y a aussi cette confrontation là. (Entretien 3)

Pour les patients dont je suis référent, je pense effectivement que l'entretien c'est un acte, c'est un plus. C'est ce qui montre qu'il y a une relation différente avec les autres soignants. C'est important de le mettre, de le noter sur un plan qu'il y ait un point de repère et de savoir à quel moment on se voit, de mettre aussi en scène. (Entretien 4)

En confrontant ce que nous avons observé du travail infirmier aux fonctions du travail de milieu mises en œuvre au CTJ, nous découvrons d'autres ingrédients qui participent au climat particulier de cette unité de soins. Gunderson définit la *fonction de mobilisation* comme étant:

*Involvement refers to those processes which cause patients to attend actively to their social environment and interact with it*³¹. (Gunderson, 1978, p. 330)

Une des premières activités de groupe proposée aux patients, après le rituel des salutations des personnes présentes par chaque soignant, c'est le choix du repas de midi et la détermination de l'équipe chargée des achats et de celle qui préparera le repas. Un soignant différent participe à ces deux groupes.

Au préalable, un des patients est en charge de récolter le prix du repas; chaque personne présente, infirmiers y compris, vient lui régler son dû ; il relève qui a payé et combien. Le montant total permet de déterminer le budget à disposition pour les achats et du coup le type de repas possible.

Après quoi, installés dans un cercle plus ou moins grand selon le nombre de personnes présentes ce jour-là, un des soignants anime, au sein du groupe, les différents tours nécessaires pour déterminer le choix du menu. Tout d'abord, il s'agit de connaître les envies du jour de chacun concernant le plat principal. Un jeu subtil d'alliance entre soignants et patients se met ensuite en place selon quel soignant est désigné pour confectionner le repas. Les goûts et les couleurs s'y confrontent mais aussi le savoir faire ou les spécialités culinaires dudit soignant.

La participation des patients dépend de leur état, certains ne sont pas encore éveillés voire se sont rendormis sur les canapés. D'autres se montrent très présents voir omnipotents et il faut alors au soignant-animateur des capacités d'interaction subtiles pour lui donner une place sans qu'elle soit au détriment des autres, et ce d'autant que ses collègues ne se gênent pas pour

³¹ *la mobilisation est la fonction qui facilite, encourage et permet au patient de prendre une part active dans et avec son environnement et les personnes qui le composent. (traduction libre)*

jouer les empêcheurs de tourner en rond ! Certains patients assistent parfois sidérés, certains manifestement anxieux ou en retrait.

Tout l'art des soignants est de saisir parfois une étincelle dans leur regard et de leur donner l'opportunité de dire ce qu'ils souhaitent. Ils privilégient alors le plus souvent une proposition d'un des soignants ou proposent quelque chose d'étonnant voire de détonnant !

Ce jour-là, deux tours de piste seront nécessaires pour déterminer le plat du jour en fonction des résultats de deux votes à main levée. Le premier met au choix l'ensemble des propositions émises et le second les trois plats ayant obtenu le meilleur score au premier tour. Le rituel se répète de la même manière pour le choix du dessert.

Puis l'équipe-achats, en règle générale constituée de trois patients auto désignés, quitte le CTJ et a environ une heure pour s'acquitter de sa mission. Les autres, patients et soignants se dispersent ; les premiers intègrent le sous-sol ou restent au salon ou encore suivent un soignant pour une heure de suivi individuel. Dès le retour des courses, à 11h, la seconde équipe se met en place à la cuisine pour ranger les achats et préparer le repas.

La mobilisation : participation de chacun à un travail collectif.

On observe assez souvent au début du traitement que les gens ne comprennent pas pourquoi il n'y a pas un million d'activités. Ils se demandent à quoi sert le colloque, à quoi ça sert de faire à manger, pourquoi on n'a pas de cuisinier, pourquoi on va cinéma. Il y en a qui disent qu'ils peuvent aller au cinéma le week-end. Enfin des questions un peu comme ça qui arrivent. Souvent, il y en a qui résistent aussi à se mouiller dans le groupe, à montrer ce qu'ils sont. Il y a vraiment des gens qui ne montrent rien de leur problématique dans le groupe par contre ils vont utiliser les entretiens pour parler de leur difficultés. Et puis à un moment donné ça tourne et ils vont utiliser le groupe pour leur traitement. Je pense que là ils comprennent que la vie en groupe fait aussi partie du traitement. (Entretien 3)

On travaille surtout sur l'activité du repas. Cela permet d'utiliser l'activité comme tiers pour approcher quelques patients ou de lancer le débat dans le milieu, par exemple en interpellant certains patients pour leur dire : « vous ne faites plus rien depuis 3 semaines ! ». Je pense que l'activité est plutôt un outil. (Entretien 4)

Les trois patients préposés au repas se répartissent les tâches soit spontanément soit guidés par l'infirmier présent qui officie comme chef de cuisine. Il participe activement et concrètement aux différentes étapes de la préparation du repas mais, de ce que nous avons pu observer, il est toujours le chef du fourneau.

Les interactions entre les patients qui se sont portés volontaires ce jour-là varient d'une équipe à l'autre, de celui ou celle qui met activement la main à la pâte de lui-même à celui ou celle qui se montre plus inhibé-e attendant que l'infirmier le-la sollicite. L'infirmier-cuisinier reste soignant et attentif aux attitudes et réactions des patients-cuistots. Lors de la pause après le repas, nous avons identifié dans les discussions de l'équipe soignante qu'elle échange sur ce qui s'est passé le matin et que certaines situations ainsi partagées font l'objet du matériel travaillé lors des séances thérapeutiques individuelles.

Pendant que certains s'activent en cuisine, un ou deux patients disposent le couvert dans la salle à manger. Cela requiert pour eux d'identifier non seulement le nombre des convives mais également leur nom, car chacun se voit attribué une place nominative signalée par une pince à linge portant son nom. Les soignants sont répartis à chaque table de patients au gré de la disposition effectuée.

Mobilisation jeu d'interaction sur le plan gustatif et symbolique

Au début je pense qu'il faut beaucoup parler, demander ce qu'on peut faire ; ce n'est pas franchement évident. C'est déjà extrêmement dur à mettre des mots sur ce que l'on fait. C'est ça notre point faible, c'est difficile d'être novice au début puis d'être valorisé par ce qu'on fait ici. Dans les faits, on vit simplement avec des patients mais c'est plus compliqué que ça; c'est quand même un service qui se passe dans les liens. (Entretien 4)

L'appel à table est demandé par un des soignants sur préavis du chef en cuisine. Quelques patients sollicitent leurs collègues, d'autres ne parviennent qu'à fonctionner pour eux-mêmes. L'ambiance du repas est animée; du service initié par un ou deux professionnels, relayés ou non par un des patients présents, tout dépend ; avec les appréciations ou non du mets réalisé, les remarques vont bon train. Certaines tables sont plus animées que d'autres et nous observons alors que les soignants s'interpellent d'une table à l'autre dans un jeu de rôle qui est propre à la dynamique de cette équipe.

Les membres les plus anciens sont investis du rôle de père et de mère symbolique. Ce statut génère chez les patients à la fois du respect pour leur autorité mêlé à de la crainte ou des recherches d'attention. Les plus jeunes soignants se comportent comme des enfants, des adolescents et sont soit les tourbillons soit ceux qui se plient à cette autorité parentale, tout dépend de la situation et de leur humeur. Leurs comportements, attitudes et réactions sont authentiques, spontanés et paraissent naturels si bien qu'il est difficile de faire la part entre une forme de mise en scène et le mode de fonctionnement de cette équipe où chacun a trouvé sa place; parfois, tangiblement, ils forcent un peu le trait pour permettre à l'un ou l'autre patient de s'identifier à ce qui est en train de se jouer.

Nous avons eu l'occasion d'assister à ce jeu symbolique, plus accentué dans des situations particulières, et de constater comment ils l'exploitent entre eux, et surtout de voir comment les patients y réagissent.

Mobilisation par un objet transitionnel

Nous avons signalé lors de la présentation du CTJ, la présence et place particulière du nounours en peluche Oscar. Adopté plus particulièrement par un des membres de l'équipe soignante, il est associé à tous ces moments d'échanges et permet bien souvent d'établir un lien par nounours interposé avec des patients difficilement accessibles. Une des patientes l'a si bien investi qu'il lui a été confié pendant ses vacances et nous avons eu la chance d'assister à son retour. Le plaisir plus ou moins manifeste selon les personnes sur le retour d'Oscar et la centration sur le nounours semblent diminuer l'anxiété vécue par la patiente en lien avec son propre retour au Centre.

Ne cachons pas qu'au prime abord cela surprend ; mais force est de constater que cela donne un côté vivant et dynamique à des moments qui pourraient autrement être lourds et pesants de par la posture passive des patients.

De plus, les rôles assurés par les soignants ont une forme de permanence qui à l'avantage de donner une prévisibilité à ce qui est en train de se dérouler. Forme originale, somme toute, donnée à une des mesures de la fonction de structuration au CTJ. Nous avons déjà vu combien la structuration du temps est également présente et comment elle fait partie intégrante d'une des dimensions thérapeutiques du Centre de Jour.

La mobilisation : sollicitations des patients et implication des soignants.

Ces dimensions individuelles et collectives dans le travail avec les patients sont importantes. Elles sont vraiment complémentaires ; on utilise beaucoup ce qui se passe dans la vie communautaire dans les entretiens avec les patients. Ils viennent au Centre de Jour pour faire un traitement en groupe, ils le savent. Cela leur permet de se plonger dans tout ce qui est relationnel. Ici, c'est un peu une micro société où les gens vont jouer leur problématique, d'une manière ou d'une autre, avec ce qui se passe ici. Nous soignants, on utilise ce qui se passe dans le groupe dans les entretiens. Ce qui se passe dans nos entretiens, ça reste privé, on ne l'utilise pas dans le groupe. Dans mon travail avec le patient, ce que je sais des entretiens va aussi m'aider à mieux comprendre ce qu'il se passe dans le groupe.... Durant les entretiens, il y a des situations où les patients ne sont pas bien et/ou ils peuvent être agressifs. L'avantage du groupe, s'il y a des choses qui sont plus compliquées et qu'on est plusieurs soignants présents, on peut vraiment utiliser la dynamique de celui-ci avec les collègues. Par exemple, si l'on est dans des situations compliquées, qu'un patient nous parle de choses dans le groupe et qu'il essaie de nous happer, et bien nous, on va interpeller un collègue qui est là et on va faire des commentaires entre collègues sur ce qui se passe. (Entretien 3)

Si nous nous référons maintenant à ce que relève Gunderson à propos de la fonction de mobilisation dans le travail de milieu, nous pouvons inférer que les activités proposées aux patients qui fréquentent le CTJ, et que nous avons retranscrites ci-dessus, dépassent largement une visée occupationnelle car elles permettent, voire facilitent le déplacement des patients, aussi tenu soit-il.

It [involvement] particularly addresses patients' passivity, i.e., their wish to have others do things to or for them. Means of facilitating involvement include open doors and open rounds, patient-led groups, the identification of shared goals, mandatory participation in milieu groups, community activities, verbalization of problems, and self-assertiveness experiences³². (Gunderson, 1978, p.330)

Mais comme le précise Gunderson, si la mobilisation

The purpose of involvement is to utilize and strengthen a patient's ego and to modify aversive interpersonal patterns³³ (Gunderson, 1978, p. 330)

il nous paraît que les patients du CTJ bénéficient d'un renforcement non négligeable aux expériences qu'ils vivent au travers des séances individuelles ou de groupes au cours desquelles ils peuvent retravailler certaines de leurs difficultés en lien avec leur vécu. Ce travail d'élaboration permet aux professionnels et aux patients de mesurer et de régler au plus juste les stimulations acceptables pour prévenir le risque que signale Gunderson :

Involvement helps patients to feel competent and respectable. It also encourages patients to recognize their potential to affect their human environment. Too much involvement may cause some patients to feel invaded and may result in belligerent negativism. Others feel intimidated and conform thoughtlessly³⁴. (Gunderson, 1978, p. 331)

³² *La mobilisation s'adresse particulièrement à la passivité du patient, c'est-à-dire à son désir que les autres fassent à sa place, ou lui fassent. Les moyens de faciliter la mobilisation sont les portes ouvertes, les groupes menés par des patients, l'identification de buts communs, la participation obligatoire dans des groupes de milieu (traitement), activités communautaires, verbalisation des problèmes, expérience de "self-domination". (traduction libre)*

³³ *vise à solliciter l'ego du patient et à le renforcer mais surtout à lui permettre de modifier ses schémas interpersonnels. (traduction libre)*

³⁴ *La mobilisation aide les patients à se sentir compétents et respectables. Cela les encourage aussi à reconnaître leur pouvoir d'affecter leur environnement humain. Trop de mobilisation peut causer un sentiment d'invasion et un négativisme belliqueux. D'autres se sentent intimidés et obtempèrent sans réfléchir. (traduction libre)*

Nous retrouvons des caractéristiques des soignants du CTJ et du mode de fonctionnement de cette équipe dans celles que Gunderson pose comme préalable :

Wards which emphasize involvement will have a distribution of power and decision-making, blurred roles, and an emphasis on expression of anger and on the group processes of cooperation, compromise, confrontation and conformity. (...) Staff who best facilitate involvement are energetic, enthusiastic contemporaries of the patients³⁵. (Gunderson, 1978, p. 331)

A partir de nos observations, nous nuancions une des caractéristiques attribuée par Gunderson à ce type de milieu, dans lequel il décrit une atmosphère très intense, dans laquelle chacun se préoccupe des problèmes des autres:

Nous avons remarqué ce climat au sein de l'équipe soignante mais les différents collectifs de patients parmi lesquels nous nous sommes trouvés ne nous ont semblé animés qu'en présence des soignants.

De notre place d'observation l'après-midi au salon, nous avons pu relever combien les patients livrés à eux-mêmes - pendant que les infirmiers conduisent des entretiens individuels ou participent à différentes séances d'admission, de bilan ou de réseau -, ont peu d'interactions entre eux ; pour la plupart, ils restent dans leur monde, s'endorment ou lisent le journal. Ils semblent comme suspendus et en attente de ce qui va se passer lors de la présence de l'un ou l'autre des soignants qui, à tour de rôle, maintient une présence constante. Nous n'avons pas observé d'interactions entre les hommes-patients, seules quelques patientes sur la base d'affinités très sélectives échangent entre elles mais sur une courte durée. Dans ces moments là, nous avons pu mesurer leurs difficultés relationnelles et sociales liées à leurs troubles psychiques et qui se manifestent par de l'isolement et de la passivité.

Le soutien : de la sollicitation individuelle à la mobilisation par le groupe.

A partir de mes représentations, le Centre de Jour c'est aussi un lieu de soutien. Mais je ne pense pas que ce soit le premier truc parce que c'est très confrontant mais c'est aussi soutenant. Je pense qu'il y a du soutien parce qu'on valide leur maladie. C'est aussi un lieu de validation parce qu'effectivement on les accepte bien, pas besoin d'être content et souriant pour venir au Centre de Jour, on peut arriver en râlant, pour nous ce n'est pas un problème. (Entretien 4)

C'est aussi toute la problématique de certaines personnes à s'attacher; c'est une population qui a quand même beaucoup de peine à s'attacher et qui lutte contre cet attachement. Au moment où ils ont compris qu'ils peuvent utiliser le groupe, je pense qu'ils comprennent le travail du milieu mais peut-être pas toutes ses subtilités. Certains patients qui sont là depuis longtemps se sont vraiment appropriés la culture du Centre de Jour et ils ont « pigé » certain trucs ; ils vont parfois faire des remarques un peu comme les soignants. Mais pour d'autres, c'est très variable ; ils viennent juste pour l'entretien et pour manger et ils viennent manger comme dans une cantine ; ils se demandent pourquoi il faut venir à 10h et rester jusqu'à 16h30. Mais nous soignants, c'est vrai qu'on tape passablement sur le clou en disant qu'ils viennent là pour vivre en communauté, qu'ils ne viennent pas là juste pour un entretien par semaine, que le groupe est important, que les règles de la vie en groupe ne sont pas là pour rien. On attache beaucoup d'importance à ce que les gens puissent s'identifier au groupe. (Entretien 3)

³⁵ *Les soignants les plus aptes à développer cette fonction sont ceux qui sont énergiques, enthousiastes et proche en âge des patients. La coopération du groupe, la recherche de compromis, l'encouragement à la confrontation et la permissivité à exprimer sa colère sont les caractéristiques des milieux de soins valorisant cette fonction. (traduction libre)*

Notre hypothèse de départ pose que la seconde fonction spécifique au travail de milieu développé au CTJ est le *soutien*. Pour rappel et toujours selon Gunderson,

*The function of support is to make patients feel better and to enhance their self-esteem. The function of support is to make patients feel comfortable and secure, or stated conversely, to make feel less distress and anxiety*³⁶. (Gunderson, 1978, p. 329)

Nous avons relaté précédemment le rôle prépondérant des soignants dans les injonctions relationnelles adressées aux patients. Il nous apparaît d'ailleurs que bien des fois leurs initiatives renvoient à la fois aux fonctions de mobilisation et de soutien. Par exemple, lors de l'accueil et de la tournée des poignées de mains du matin, systématiquement, on prend des nouvelles de chaque patient, de ce qu'il a fait les jours précédents, car pas tous ne fréquentent le CTJ à temps complet.

De notre point de vue, il y va à la fois de la mobilisation dans la salutation qui sollicite tant verbalement que physiquement le patient mais aussi du soutien dans l'attention et le retour donné aux propos et aux émotions qu'ils manifestent.

Lors des activités communautaires décrites avant ou lors des sorties organisées une fois par semaine, nous avons observé que les soignants mettent à profit ces moments passés en groupe restreint pour échanger de façon privilégiée avec certains patients. A partir de ce qu'ils expriment, ils leurs prodiguent soit des conseils lorsque les patients les sollicitent dans ce sens, soit des encouragements, voire des félicitations selon les circonstances. Les centres d'intérêts des patients sont valorisés mais peuvent parfois être l'objet de controverses induites par les soignants, ce qui l'oblige à prendre en compte d'autres points de vue que le sien mais lui permet aussi de défendre son propre point de vue. Nous avons constaté combien dans ces moments, les autres patients peuvent également être mobilisés ; certains prennent part à la discussion, d'autres sont tout à coup connectés à ce qui se passe, leur regard s'anime et ils se mettent parfois même à sourire.

Une fois, nous avons assisté à un débat sur la passion d'un patient pour des montres complexes et une autre fois sur les manifestations du Festival de Montreux qui allait commencer les jours suivants. Nous retrouvons là une des facultés de l'équipe soignante que relève Gunderson pour favoriser ce travail de soutien :

*[...] by the staff's willingness to share personal reactions, and to remain accessible even during return visits after discharge*³⁷. (Gunderson, 1978, p. 329)

Le soutien : respect des ressources et des limites du patient

Mon travail avec les patients au Centre de Jour, j'ai l'impression que j'ai une histoire à créer avec eux. Il faut que je puisse me représenter le patient avec des images, des dessins, enfin qu'il y ait une histoire qui commence et qu'on puisse faire un tableau ensemble. Et puis il y a des gens avec qui je ne suis pas là-dedans parce qu'il leur faut plus de temps. Le temps est un peu suspendu ici. Pour l'instant, on n'a pas de contrainte par rapport à des assurances, on prend le temps de faire les choses. Je pense qu'avec les patients, je suis bien dans l'histoire que j'ai avec le patient, sur la longueur. Par exemple, avec un patient borderline gravissime avec qui je suis en lien, là j'ai l'impression de faire du bon boulot. C'est du travail à long terme.

Je pense que les patients privilégient l'entretien ; vraiment ils s'accrochent beaucoup aux entretiens. Ils sont peut-être moins sensibles au travail au sein du groupe. Pourtant, je pense qu'ils profitent tout autant, voir plus de la vie en groupe. Mais pour eux, c'est extrêmement important de pouvoir

³⁶ La fonction de soutien consiste à rendre du bien-être aux patients et à renforcer consciemment l'estime de soi du patient. Elle permet aux patients de se sentir moins anxieux voire moins angoissés. (traduction libre)

³⁷ ...par la volonté de l'équipe à partager des expériences personnelles, de reconnaître ouvertement ses réactions personnelles ou de rester disponible pour des visites des patients après leur sortie. (traduction libre)

s'accrocher à un moment qui est que pour eux une fois par semaine même si le contenu a finalement peu d'importance. Je pense que ça fait aussi partie du cadre, de la règle du jeu d'avoir un moment seul avec un soignant. (Entretien 4)

Nous avons pu nous rendre compte combien ce travail de soutien alliant de la mobilisation est subtil. Il requiert des soignants une posture qui respecte, accepte et fasse avec les possibles des patients mais aussi avec ses limites et sans se substituer à lui. Gunderson le rappelle d'ailleurs:

Too much emphasis on support can confirm a patient's sense of inadequacy and dependency by implying that his problems and the solutions to them are beyond his responsibility³⁸.
Gunderson, 1978, p. 330)

A ce propos, nous aimerions évoquer une situation que nous avons vécue lors de nos observations. Lors de l'excursion au Musée d'Histoire naturelle de Neuchâtel, les patients et soignants ont été libres des modalités et des choix de leur visite. Certains se sont retrouvés, se sont croisés au gré de leurs pérégrinations dans le musée.

Alors que nous étions descendus au sous-sol pour aller aux toilettes, nous avons découvert une patiente prostrée sous un vestiaire, paralysée par l'angoisse et incapable de remonter à l'étage. Après quelques mots échangés avec elle, elle a pu remonter et prendre un verre d'eau à la cafétéria. Au grand soulagement d'un des infirmiers présents, nous l'avons laissée là, sans en faire plus, place d'observatrice oblige, et nous avons constaté que la patiente reprenait part à la sortie avec le reste du groupe.

Nous avons expérimenté de façon inattendue cet équilibre ténu qui permet au patient, selon la posture du soignant, soit de faire face à la situation avec qui il est, soit de le rendre dépendant.

6.4. Synthèse

En termes de synthèse, nous nous proposons de reprendre l'hypothèse posée au départ de notre travail de recherche et d'évaluer dans quelle mesure elle est confirmée ou non.

Pour rappel, notre équipe de recherche a essayé de comprendre comment le travail de milieu était investi par les soignants. Nous avons postulé que selon les spécificités des différentes unités, les fonctions du milieu activées pouvaient être devenues spécifiques en regard des projets de service.

Nous avons alors posé l'hypothèse que dans les trois secteurs retenus pour notre étude les fonctions du milieu spécifiques mises en œuvre étaient:

- la contention et la structuration dans l'unité hospitalière de soins aigus de Vaudaire,
- la mobilisation et le soutien dans l'intermédiaire au Centre Thérapeutique de Jour,
- la validation et du soutien dans l'unité résidentielle de Fraidieu.

En regard de ce qui précède où nous faisons résonner les propos des infirmiers interviewés et nos propres observations, nous pouvons confirmer que les fonctions de validation et de soutien attribuées à Fraidieu se vérifient. L'infirmier interviewé relevait que d'autres fonctions étaient mobilisées dans ce service tel que la contention dans sa dimension environnementale et la structuration selon la situation de certain patient.

³⁸*Trop d'importance donnée au soutien peut être une confirmation pour le sentiment d'insuffisance et de dépendance du patient, en sous-entendant que ses problèmes et leurs solutions sont au-delà de sa responsabilité.*
(traduction libre)

A Vaudaire, nous avons vu comment la fonction de contention était activée par des mesures environnementales et le cadre clinique posé par une équipe cohérente et solidaire. La fonction de structuration quant à elle repose sur des repères dans l'espace, le temps et dans la relation construite avec les patients. De plus, sa mise en œuvre renforce également la fonction de contention.

Enfin, nous avons largement développé comment les fonctions de mobilisation et de soutien se vérifiaient dans le travail proposé au Centre Thérapeutique de Jour. La forte implication des différents membres de l'équipe soignante et leur respect des ressources et limites des patients semble être les garants de cette possible opérationnalisation.

7. Bilan et perspectives

Nous ne saurions terminer ce rapport de recherche sans mettre en évidence quelques éléments clés, en termes de bilan et quelques perspectives pour la pratique, la formation et la recherche.

7.1. Bilan

7.1.1 Rapport au milieu, de l'exposition au retrait

Nous avons été frappés par l'importance de ces temps et de ces lieux habités différemment par les soignants; un moment pour s'exposer, être dans le milieu et un moment pour se retirer. L'importance des moments de retrait ont bien été mis en évidence dans les entretiens et par notre démarche d'observation. Mais à qui et à quoi servent-ils ?

Nous avons trouvé à ce double mouvement « d'immersion » dans le milieu et de retrait des professionnels un point d'ancrage avec le travail psychique de transformation développé par Bion (1943). En effet, cet auteur pose comme hypothèse qu'il existe, dans les pathologies psychiatriques graves, des « éléments psychiques » très archaïques et difficilement représentables qui ne peuvent être contenus et pensés. Il les appelle les éléments β . Ces éléments vont être expulsés par les patients chez les soignants par un phénomène de projection. Les infirmiers deviennent donc malgré eux les récipiendaires psychiques de ces projections. Ils vont alors faire un travail de transformation de ces éléments archaïques pour les rendre psychiquement « acceptables », et ainsi les transformer en élément α . Ce travail psychique de transformation $\beta \rightarrow \alpha$, ou de détoxication selon le terme de Bion, peut être assimilé à une « métabolisation psychique ». Dès lors, ces éléments deviennent représentables, humains et contenus, ils sont porteurs de sens et le patient peut alors se les réapproprier par jeu d'introjection. Ce double mouvement a donc tout son sens ; dans le mouvement du retrait, ce qui a pu être pris pour un désinvestissement des professionnels est en fait un espace de travail psychique indispensable.

Ce travail de transformation fait appel aux capacités psychiques des soignants, qui « traduit » l'informe, l'irreprésentable et lui donne du sens. Pour ce faire, il a besoin d'être en retrait pour « rêver » le patient (selon l'expression de Bion), pour donner du sens à la situation clinique, aux affects, au vécu en jeu, etc.... Ce travail se fait aussi par le partage et les échanges formels et informels entre soignants dans un travail d'équipe. Plus les situations cliniques relèvent de pathologies graves, plus les infirmiers auront besoin de ces temps de retrait pour opérer ce travail de transformation psychique et du coup assurer également le maintien de leur capacité à penser, préalable à la santé psychique de chacun.

Dans les échanges que nous avons eus avec les infirmiers lors de nos observations et dans leurs propos lors des interviews, les professionnels ne semblent pas être conscients de ce processus. Nous nous sommes alors interrogés pour savoir si ce processus est inconscient et pourquoi ils n'y font pas référence. Les éléments de réponse que nous avons trouvés sont que tout d'abord c'est un phénomène difficile à cerner et que de plus il s'inscrit dans la logique "naturelle" du fonctionnement psychique. Donc, pour une part, ce travail est inconscient et c'est d'ailleurs pour cette raison que ce processus peut s'effectuer. Ensuite, il fait appel aux fonctions personnelles matures des infirmiers, à leur santé psychique et il ne devient conscient que dans un après coup.

Il reste à préciser, même si ceci n'est pas l'objet de notre travail que, comme pour le cadre, le retrait peut être utilisé comme défense pour ne pas rencontrer les patients. Il présente donc un risque réel de mise à distance. L'éthique est une fois encore fondamentale pour prévenir d'éventuel dérapage.

Ainsi donc, reconsidérer les temps de retrait des infirmiers et les concevoir comme des temps d'élaboration et de transformation pourraient leur donner une nouvelle valeur en regard des attentes des patients, aux yeux des professionnels et des familles. Plus particulièrement, il nous semble que les infirmiers eux-mêmes bénéficieraient de réfléchir sur ce qui s'y joue plutôt que de se culpabiliser parfois de ne pas « être dans le milieu » faute d'une représentation claire de cette partie de leur travail soignant.

7.1.2 Activités structurées et non-structurées et travail de milieu, des notions superposables ?

A la fin de cette recherche, nous pouvons dire que le « travail de milieu » permet de donner une assise conceptuelle au travail des infirmiers en psychiatrie qui leur permet de donner du sens et une intelligibilité au soin psychique. Ainsi donc, il ne se réduit pas aux seules activités mises en place et/ou proposées aux patients. Il s'agit principalement d'un concept que le soignant traduit dans sa pratique de soins par ses interventions et non pas par des actions à faire ou à appliquer selon un protocole. Ceci fait appel à sa créativité dont le sens winnicotien du terme. A la singularité des situations cliniques, il est répondu par une singularité de la traduction du travail de milieu dans les prestations de chaque infirmier. Cette individualisation des soins est importante et particulière aux soins en psychiatrie. Importante car elle manifeste l'intégration du concept qui transite par la personne et dont les actes ne sont que la résultante. Particulière, car elle ne s'adresse pas qu'aux patients mais comprend également dans cette dimension celle du soignant

A la fin de notre travail d'investigation, nous pouvons dire que le « travail de milieu » développé à la Fondation de Nant ne se limite pas aux seules activités dites non-structurées du travail infirmier. Nos observations et les échanges avec les professionnels rencontrés, nous ont permis d'appréhender une réalité de travail complexe qui ne peut se catégoriser en activités structurées et d'autres qui ne le seraient pas ; dans les faits le travail de milieu recouvre ces deux types d'activités. Si comme nous le notions plus haut « le travail du milieu » reproduit bien une conception de la prise en soins psychiatrique des patients dans différents contextes de soins, il serait souhaitable de soutenir que l'ensemble des prestations de soins offertes aux patients relève de cette conception.

Pour ce qui est de la question d'un possible désinvestissement des professionnels pour le « travail du milieu » les résultats de notre analyse parlent en faveur d'autres causes que celle d'un surinvestissement des activités dites « structurées », comme par exemple, la non valorisation par l'équipe soignante, plus particulièrement entre pairs et par les médecins, du temps informel passé avec les patients.

Si nous nous référons à Morin (1977) nous pouvons dire que la nature du travail de milieu est complexe compte tenu des processus psychiques à l'œuvre tant chez les soignants que chez les patients lors de leurs interactions, sans oublier ceux qui animent les dynamiques des différents groupes présents. Le processus qui prévaut dans ce travail est celui d'un tissu relationnel à l'état instable qu'il faut sans cesse (ré)organiser psychiquement –activité non-structurée (Bion, 1943)- et qui nécessite concrètement des actes –activités structurées- pour générer du soin psychique. Il s'agit d'un processus de « générativité » selon l'expression de Morin : « La générativité est en effet une genèse indéfiniment recommencée, organisée et régulée » (Morin, 1977, p 226). Ce détour par Morin permet de situer la problématique au-delà de la question du structuré et du non-structuré. En effet, ces deux aspects participent au même processus et ils sont inconditionnellement liés dans des rétroactions continues et profitables qui favorisent l'émergence d'un nouveau et meilleur fonctionnement psychique du patient.

Tenter d'appréhender ce qu'est le travail de milieu et ce qu'il recouvre pose problème. D'un côté pour les professionnels, il est une évidence implicite et d'un autre côté l'explicitation du processus complexe qu'il propose est difficile. Avec Morin, nous savons que séparer, diviser n'est pas une voie pour appréhender la complexité. Il nous propose plutôt une approche « dialogique » c'est-à-dire dans laquelle peuvent cohabiter deux ou plusieurs logiques, même contradictoires d'apparence, dans un même processus. Se pose alors la question de trouver le méta point de vue permettant de comprendre et d'intégrer les différents aspects sans avoir à choisir entre l'un ou l'autre pour garder la complexité sans céder à la simplification.

7.1.3 Précision sémantique pour le travail du milieu et la fonction de contention

Tout au long de notre travail de recherche et dans l'écriture de ce rapport nous nous sommes arrêtés pour savoir si nous devons parler du travail *du* milieu ou du travail *de* milieu. Notre attention sur l'emploi de cette double préposition a été attirée dès la récolte de données lors des interviews et s'est poursuivie lors de nos observations. L'emploi du *du* fait référence, pour les soignants, bien souvent à leur seul déplacement dans l'espace -franchir la porte du bureau- et au temps qu'ils passent parmi les patients. Au terme de notre travail, il nous semblerait que l'usage du *de* serait plus judicieux car il renvoie davantage au processus soignant inhérent à l'activation des différentes fonctions proposées par Gunderson.

Pour ce qui est de la fonction de contention, Gunderson la conçoit avant tout comme un processus et il ne la réduit pas au seul usage de moyens. Dans le langage « usuel » des soignants et du citoyen lambda, la contention fait plutôt référence à un moyen, ou à des moyens de contrainte, qu'à un processus dynamique de soins. De ce fait, et compte tenu de ce travail de transformation lié au processus psychique du contenir (cf. 7.1.1), nous proposons en référence à Mellier (2005), à Ciccone (2001) et à d'autres auteurs, de renommer la fonction de contention au profit de la fonction de *contenance*. Cette nouvelle appellation peut également donner l'opportunité de remettre en évidence l'aspect dynamique et le travail psychique très actif du soignant dans ce processus spécifique du soin.

Ainsi donc, le travail *de milieu*, qui est traversé par la fonction de *contenance*, permettrait au travail infirmier de développer davantage sa dimension dynamique dans le sens d'une attention plus soutenue aux différents processus mis en œuvre et aux transformations qui en découlent, et ce au-delà des questions d'activités structurées ou non structurées.

7.1.4 Rapport au savoir et dimension identitaire.

Au terme de cette recherche, nous avons également réalisé que le travail de milieu comporte une dimension identitaire forte pour les infirmiers travaillant à la Fondation de Nant.

Il est utile de préciser que la définition du soin psychique à Nant se décline en quatre axes (Panchaud, 2003) après le préalable du cadre théorique psycho dynamique : la relation au patient, celle aux collègues, les activités concrètes et la réflexivité.

Le travail de milieu occupe les quatre axes : la relation au patient, la relation aux autres, les activités et la réflexivité ; il s'impose d'emblée comme une part significative de la pratique infirmière et de son identité professionnelle.

Le milieu est un espace habité par le « tissu relationnel » des infirmiers, il peut faire office de cadre thérapeutique qui est à la fois concret et symbolique (abstrait). C'est un des principaux espaces de l'identité infirmière en psychiatrie, un lieu de son exercice autonome et de sa créativité. Cet espace concret et symbolique correspond au concept d'espace psychique élargi en référence aux travaux de Jeammet (1992). Le versant concret du travail de milieu est corroboré par le travail psychique des soignants liés à la métabolisation des projections et le contre-balancement des manques psychiques des patients par l'instauration des fonctions du milieu. Dans ce travail relationnel, une part du travail (psychique) se fait par la personne elle-même, par ses fonctions psychiques saines pour la transformation des éléments archaïques; la personne est impliquée comme « instrument » de soin. Cela fait référence à la double dimension identitaire de l'infirmier constituée d'une part personnelle et d'une part professionnelle. Dans toutes relations, l'infirmier fait co-exister, de façon inconsciente, son identité propre et ce qu'il représente pour l'inconscient du patient (transfert). Son implication dans ce travail relationnel spécifique avec des patients psychiatriques mobilise principalement sa part personnelle.

A la Fondation de Nant, le milieu est l'espace infirmier par excellence. Il n'est pas habité par d'autres professionnels, ce qui en fait donc un espace identitaire. Les infirmiers s'y retrouvent et ils considèrent cette espace comme le leur (voir à ce sujet leurs propos dans les interviews). C'est un lieu d'expérimentation professionnelle dont le partage est riche en apprentissage.

Toutefois, par manque d'étayage conceptuel, les infirmiers ne valorisent pas, ou dans une faible mesure, ce travail. Prenons un exemple : l'observation des patients qui est omniprésente dans le discours des soignants et dans nos observations mais qui n'a d'autre but dans le discours des soignants que la transmission aux médecins. Les infirmiers ne semblent pas avoir suffisamment intégrés les concepts pour dire en quoi cette observation permet le soin, bien que reconnu par les autres professionnels de l'équipe pluri professionnelle comme un espace infirmier. Les soignants interrogés affirment que les médecins ne valorisent pas le travail de milieu. Cependant, il nous semble que ce sont eux-mêmes qui ne valorisent pas cette activité par manque d'étayage théorique leur permettant de nommer le processus en jeu, ce qu'ils font et pourquoi ils le font et en quoi il est soignant.

Certes, c'est un espace complexe compte tenu des phénomènes en jeu ; cela contribue à opacifier une représentation claire du processus en cours dans ce travail de milieu, même si le tissu relationnel, la proximité, la réalité partagée avec les patients sont des ingrédients connus des soins infirmiers.

Ainsi à Nant, cette pratique a d'abord une existence bien concrète et irremplaçable, c'est une étape identitaire pour tout nouvel infirmier : on commence par le milieu ! Le savoir qui sous-tend cette pratique manque encore d'explicitation même si dans la démarche empirique il est bien réel. Il doit certainement encore développer ses appuis conceptuels.

Cette recherche aura permis d'établir des premières passerelles entre un cadre conceptuel, celui proposé par Gunderson, et des pratiques infirmières. Par la suite, le travail de milieu pourrait gagner ses lettres de noblesse et bénéficier d'une appellation contrôlée telle que: « environnement thérapeutique infirmier ».

7.2 Perspectives

7.2.1 Perspectives pour la pratique.

Nous retiendrons trois perspectives pour la pratique des soins infirmiers à Nant :

- une considération du travail de milieu qui ne distingue plus les activités structurées et celles non structurées privilégiant ainsi le processus global de ce type de travail,
- une promotion à l'interne de la fonction de contenance inhérente au travail de milieu en retravaillant les représentations, la formation et la supervision proposées professionnels
- une réévaluation de l'organisation du travail de milieu pour optimiser son efficience

La perspective d'une vision globale du travail de milieu qui n'opère plus une distinction entre des activités structurées et des activités non-structurées permettra de réduire la tension actuelle dans la conception qu'ont les soignants de leur pratique. L'objectif visé par cette option est le renforcement pour le patient d'un équilibre psychique plus satisfaisant et plus économique d'un point de vue psycho dynamique.

La perspective liée à redimensionner la fonction de contenance permettra de mieux mettre en évidence tout le processus de transformation psychique y relatif et les moyens nécessaires à sa réalisation. Ce travail s'adresse à des problématiques psychiques spécifiques qui nécessitent un travail de milieu. Elles sont généralement des problématiques archaïques dont, notamment, la représentation ou la perception n'est pas possible pour le patient. La fonction de contenance devrait permettre cette transformation psychique pour aboutir au mieux et entre autres à une représentation possible de la problématique.

L'implantation de cette fonction nécessitera une formation des soignants qui leur permette de développer une attention professionnelle spécifique qui repose bien sûr sur leurs capacités d'empathie et d'implication dans une attitude proactive vis-à-vis du patient. L'observation dont ils se réclament actuellement sera nécessaire pour développer un tel processus. Elle apporte une prise de recul et une réflexion indispensable.

Gageons que la mise en œuvre de cette perspective donne des représentations plus claires au positionnement des soignants et des moyens d'action dans leur réalité de travail au quotidien.

La mise en évidence par cette recherche du processus itératif dans le travail de milieu entre une phase d'exposition et une phase de retrait est une indication précieuse pour pouvoir mieux reconnaître ce mouvement. Comme nous l'avons vu, le retrait fait partie du travail de milieu comme moyen de transformation. Cette phase s'est organisée de manière empirique dans la plupart des unités de soins. Dans certaines unités plus jeunes, par manque de savoir, cette organisation n'a pas vu le jour et les phases de retrait ne sont pas reconnues comme

indispensables. Dans ces cas, nous constatons souvent un épuisement des soignants que l'on pourrait mettre en lien avec le manque d'espace de transformation. Dès lors, il semble assez évident que l'organisation des unités des soins doit prendre en compte cet aspect et s'organiser en conséquence.

7.2.2 Perspectives pour la formation

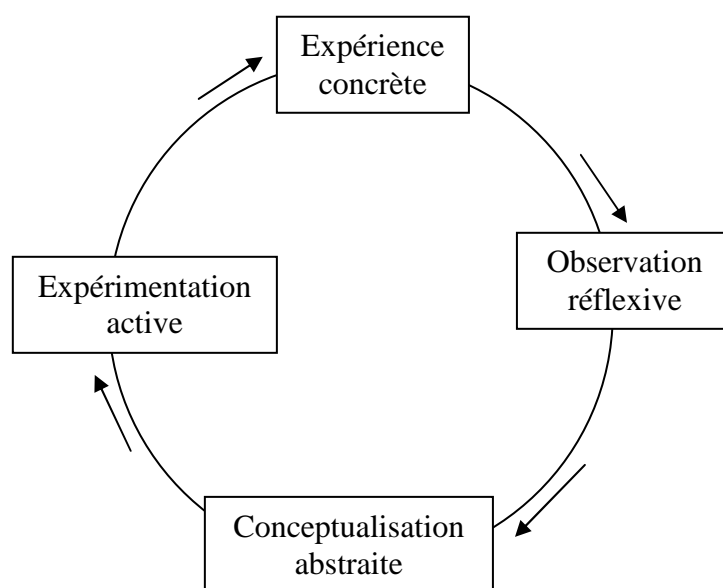
Aborder le travail de milieu et les résultats de cette recherche en formation initiale est une manière d'explorer, avec les étudiants, le travail psychique de l'infirmier. Les étudiants, lors de leur premier contact avec le milieu psychiatrique, rencontrent toujours beaucoup de difficultés à considérer leur présence comme un soin, une activité infirmière et un « vrai travail ». Les résultats de cette recherche permettront de donner du sens à cette présence et de mettre des mots sur ce travail psychique. Comme nous l'avons vu précédemment, l'étayage conceptuel, les mots manquent souvent aux infirmiers pour dire en quoi leur pratique est soignante. C'est dès la formation initiale qu'il faut donner aux étudiants l'occasion de nommer et de conceptualiser leur pratique.

Les résultats de cette recherche permettront également de décrire le caractère intangible, insaisissable et complexe de certaines activités infirmières en psychiatrie.

En formation postgrade, il sera possible d'aller plus loin et d'approfondir la réflexivité et la conceptualisation de la pratique infirmière en psychiatrie. Les rapports au temps, à l'espace et à la présence seront autant d'entrées possibles pour des activités de formation. Par ailleurs, les perspectives de recherche dont il sera question au chapitre suivant pourront être saisies par les étudiants en formation postgrade pour leurs travaux de fin d'études.

Il nous apparaît très clairement que le cycle de Kolb (Courtois, 1989, p.16) décrivant les étapes de l'apprentissage par l'expérience, permet d'éclairer à la fois le processus d'apprentissage et le processus de transformation dont il a été question ci-dessus. En effet l'un et l'autre passent par des phases d'expérience, de réflexion et de conceptualisation.

Schématisation du cycle de Kolb



Que ce soit pour la formation interne à la Fondation de Nant, pour la formation initiale et postgrade, il sera très formateur de mettre clairement en évidence avec les participants, ces différentes phases et de les éclairer avec les résultats de cette recherche :

- rencontre avec le patient en tant qu'expérience concrète,
- questionnement sur ce qui s'est passé dans cette rencontre, sur ce que je ressens et des raisons possibles de ce ressenti en tant qu'observation réflexive
- tentatives de mettre des mots et de mobiliser un cadre de référence pour qualifier cette réflexion et ainsi donner sens à cette expérience en tant que démarche de conceptualisation
- à la fin de ce processus de métabolisation, de transformation, de mise en mots, s'interroger sur les modifications possibles / souhaitées de sa propre attitude et de sa posture soignante auprès du patient, comme étape d'expérimentation active réamorçant ce processus itératif

7.2.3 Perspectives pour la recherche

La revue de littérature nous a montré que le travail du milieu n'était plus un objet de recherche dans les sciences infirmières depuis quelques années. Or cette recherche nous a présenté l'importance des fonctions du milieu dans le travail infirmier à la Fondation de Nant.

Si nous nous référons aux résultats probants infirmiers dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie (Rapp & Goscha, 2005), nous constatons que plusieurs caractéristiques des évidences actuelles peuvent être mises en lien avec la présente recherche et offrent des perspectives pour de futures recherches dans le domaine du travail de milieu. Ces travaux se situent dans la reconnaissance du rôle et des relations entre patient et professionnel dans le rétablissement, dans l'importance d'offrir des services dans la communauté, dans l'utilisation de l'environnement *naturel* du patient comme une ressource et dans l'importance de la coordination et de l'intégration du travail en équipe dans les soins.

Une tendance majeure des soins psychiatriques actuels est le déplacement de l'hôpital vers l'ambulatoire, voire vers la communauté. Il serait intéressant d'investiguer comment le travail de milieu peut s'exporter hors des trois secteurs observés et comment le virage ambulatoire et communautaire influence ce travail de milieu. Il s'agirait de quitter le milieu construit par les professionnels pour les patients ou co-construits par les professionnels et les patients dans un but soignant, milieu que l'on pourrait caractériser *d'artificiel* et d'amener cet aspect soignant (contenant, structurant, soutenant, mobilisant et validant) dans le milieu *naturel*, la communauté de vie du patient, en y intégrant la famille et l'entourage du patient.

Deux perspectives de recherche s'offrent alors à nous :

- L'étude du milieu *naturel* et de la communauté en termes de fonctions du milieu. Nous avons mis en évidence que certaines fonctions étaient privilégiées dans certains secteurs ; qu'en est-il de l'ambulatoire et comment les professionnels intervenant dans la communauté intègrent-ils ces fonctions ?
- La comparaison des effets d'un milieu *naturel* et d'un milieu *artificiel* sur le rétablissement du patient.

BIBLIOGRAPHIE

- Alanen Yrjö, O. (1991). Need-adapted traitement of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku project, *Acta psychiatrica Scandinavian*, 83, 363-372.
- Alanen Yrjö, O. (1994). *Early Treatment for Schizophrenic Patients*. Tampere: Scandinavian University Press.
- Alanen Yrjö, O. (1997). *Schizophrenia*. London: Karnac books.
- Betheleim, B. (1974). *Un lieu où renaître*, Paris : Robert Laffont.
- Bion, W.R. & Rickman, J. (1943). Intra-group tensions in therapy. *The lancet*.
- Bleger, J. (1967). Psychanalyse du cadre psychanalytique. *Symbiose et ambiguïté*, PUF (le fil rouge).
- Botbol, M. (2006). La psychothérapie par l'environnement. *Psychothérapie*, 26 (1), 15-20.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenant. *A fleur de peau, enveloppe, contenance et vieillissement*. 15^{ème} journée d'étude de l'ARAGP. Lyon.
- Coopermann, M. (1984). Observation à propos de la psychothérapie psychanalytique des psychoses en milieu hospitalier. *Psychiatrie française*, 4, 481-494.
- Courtois, B. et al (1989), « Apprendre par l'expérience » in *Education permanente*, no 100-101.
- Delaney, K.R. (1997). Milieu therapy: a therapeutic loophole, *Perspectives in Psychiatric Care*, 33, (2) (April-June), 19-28.
- Delaney, K.R. (1992). Nursing in child psychiatric milieus. *JCPN*, 5, (1), 10-14.
- Esquirol, (1838). *Des maladies mentales*. Paris : Baillière.
- Foucault, M., (1975). *Surveiller et punir: naissance de la prison*. Paris : Gallimard.
- Foulkes, S.H. (1964). *Therapeutic group analysis*. London: Allen & Unwin.
- Foulkes, S.H. (1988). *Group-analytic psychotherapy*. London: Karnac book.
- Gajo, L. & Coll. (2004). *Processus d'hospitalisation, rôle infirmier et compétence socio-institutionnelle du patient : modalités d'interaction dans des lieux « interstitiels » de l'institution*. Projet DORE 101035.
- Goffman, E., (1968). *Asiles – Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Edition de Minuit.
- Grosjean, M & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective*. Paris : PUF
- Gunderson, J. (1978). Defining the therapeutic process in psychiatric milieu, *Psychiatry*, 41(November), 327-335.
- Gunderson, J. & Will, O. & Mosher, L. (1983). *Principles and practice of milieu therapy*. London: Jason Aronson.
- Hochman, J.(1986). Réalité partagée et traitement des psychotiques. *Revue française de psychanalyse*, 50(6), 1643-1661.
- Hochman, J. (1986). Un point de vue sur les rapports de la psychanalyse et de la thérapie institutionnelle aujourd'hui. *Confrontations psychiatriques*, 26.
- Jeammet, Ph. (1992). Le cadre n'appartient à personne. Sous la direction de Blandunu G. (PUL), *Cadres thérapeutiques et enveloppes psychiques*, (pp101-110).
- Jones, M. (1953). *The therapeutic community*. New-York: Basic Books.

- Magnan (1893).in Albernhe T.(1992), *L'enveloppement humide*, Paris, les empêcheurs de penser en rond.
- Main, T. (1989). *The ailment and other psychoanalytic essays*. London: Free Association Books.
- Mellier, D. (2005). La fonction à contenir, objet, processus, dispositif et cadre institutionnel. *La psychiatrie de l'enfant*, 2 482, (pp 425-499).
- Morin, E (1977), *La méthode, la nature de la nature*, Paris, le Seuil.
- Mucchielli, A (1996), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris : Armand Colin
- Ogien, A. (1989). *Le raisonnement psychiatrique*. Paris: Réponses sociologiques, Meridiens Klincksieck.
- Panchaud, R. & Miazza, M. (2003). *Abécédaire ψ Regards soignants sur la psychiatrie*. Berne : Association Suisse des infirmières et des infirmiers.
- Panchaud, R. (2004). L'enveloppement humide. *Santé mentale*, 86 (mars), 46-49.
- Peneff, J. (1992), *L'hôpital en urgence, étude par observation participante*, Paris : Editions Métailié
- Peplau, H. (1995), *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. (1^{ère} éd.1952), Paris : Inter Editions.
- Poletti, R. (1978). *Les soins infirmiers théories et concept*. Paris : Centurion.
- Racamier, P.C. (1970). *La psychanalyse sans divan*. Paris: Payot.
- Racamier, P.C. (1990). En psychanalyse sans séances, *Revue française de psychanalyse*, 5.
- Racamier, P.C. (2002). *L'esprit des soins : le cadre*. Paris: Collège.
- Rapp, C.A., & Goscha, R.J. (2005) « What are the common features of evidence-based practices ? », in Drake R.E., Merrens M.R. & Lynde D.W. (Eds.) *Evidence-Based Mental Health Practice, a textbook*, New York, Norton & Company, pp 189-215.
- Sassolas. M, (1990). Dialectique de la vie et du soin : prospectives. *Revue Pratique*.
- Sivadon, P. & Gautheret, F. (1965). *La rééducation corporelle des fonctions mentales*, Paris : ESF.
- Stamm, I. (1985). The hospital as a Holding environment. *International Journal of therapeutic communities*, 6(april).

PHOTOS

Les photos illustrant le rapport papier ont été prises par Françoise Cinter avec l'aimable autorisation de la Fondation de Nant.