

Être autour pour être avec...

En Suisse, la thérapie du milieu vise à maximiser l'impact positif de l'environnement sur le patient, par de multiples interventions dans le quotidien. Cependant, soigner l'ambiance d'une unité ne va pas de soi. Cette pratique doit s'appuyer sur des concepts clairs.

Dans la vie quotidienne, quand quelqu'un, pour une raison ou une autre, est « hors de lui », il peut être difficile et improductif de lui proposer de s'asseoir pour en parler. À défaut, nous allons lui manifester notre présence, notre soutien, à travers des actes, des attentions, en cherchant à l'entourer, à trouver une façon d'être avec lui... Le temps de la parole viendra plus tard. Les patients en crise que nous accueillons, souvent « hors d'eux », nous confrontent régulièrement à cette situation. L'instauration du cadre de traitement, cet écrin qui permet à un processus thérapeutique d'advenir, constitue une étape préliminaire incontournable. Mais ce cadre, que le patient doit s'approprier, suppose un minimum de participation et d'adhésion de sa part. Obtenir cet engagement n'est pas toujours facile ! Quand les troubles délirants sont trop importants, les émotions trop douloureuses, quand tout déborde, il convient dans un premier temps d'apaiser l'urgence, la symptomatologie aiguë, pour permettre au patient de retrouver un minimum de discernement. Ces soins aigus visent à rétablir un contenant, avant de s'intéresser au contenu. Nous pourrions ensuite,

avec le patient, mettre en place un cadre qui lui permettra de s'engager dans un traitement dont certains (on peut les comprendre) se méfient : qui sont ces soignants ? Que me veulent-ils ? Et cette guérison qu'on me propose, n'est-elle pas pire que le mal dont je souffre ? Comme cette patiente hospitalisée et en furie hurlant à qui voulait l'entendre que nous n'avions pas le droit de l'obliger... à aller bien ! *A priori*, notre traitement n'entraîne pas dans son cadre à elle.

Les soignants peuvent donc se sentir très désemparés face à ces patients agités par leurs troubles psychiques et révoltés par les modalités de leur admission sous contrainte. Trouver une issue qui leur permette de se sentir compris et d'accepter les soins constitue une mission noble et profondément thérapeutique. C'est souvent à travers les effets d'apaisement de l'environnement, la façon dont on va s'organiser pour être autour du patient, que cette précieuse alliance peut s'opérer. C'est ce que nous appelons la thérapie du milieu, que je vais vous présenter.

QU'EST-CE QU'INFLUENCER L'AMBIANCE ?

Dans une pratique hospitalière courante (1), les équipes soignantes utilisent plusieurs modalités de thérapie :

- individuelle ;
- pharmacologique ;
- familiale et contextuelle ;
- du milieu

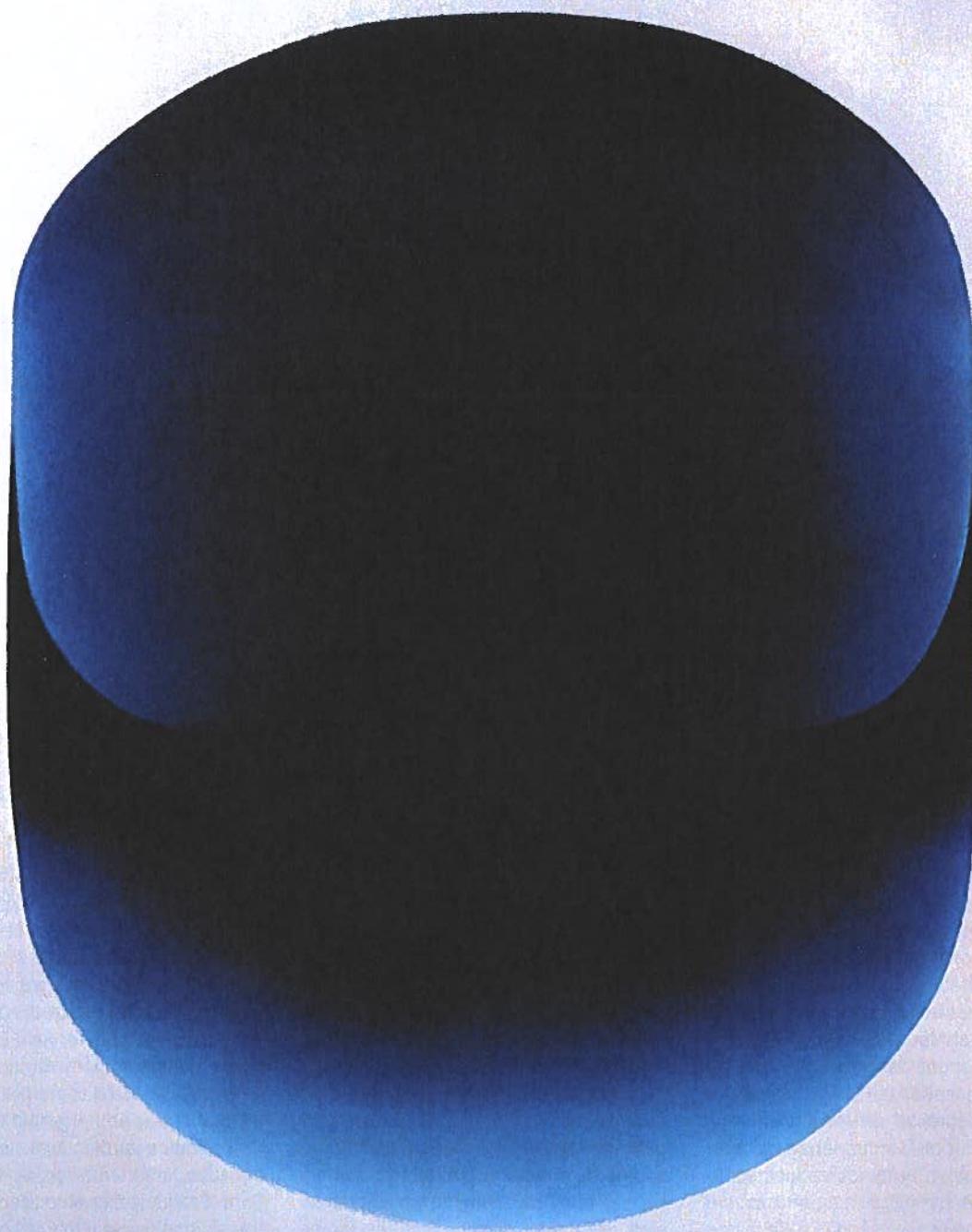
Les 3 premiers axes sont habituellement l'affaire de l'équipe interdisciplinaire et tous les soignants un peu avertis en ont une représentation claire. La dernière est certainement moins connue, ou reconnue, en tout cas dans ses potentialités thérapeutiques. Le « travail du milieu » consiste à installer des prestations infirmières pour les patients, sur le quotidien d'une unité résidentielle, visant à l'apaisement de la symptomatologie aiguë. Autrement dit, mettre en place un cadre de soin, un environnement facilitant, qui donnera aux patients le sentiment d'être « tenu », dans le sens « winnicottien » du terme.

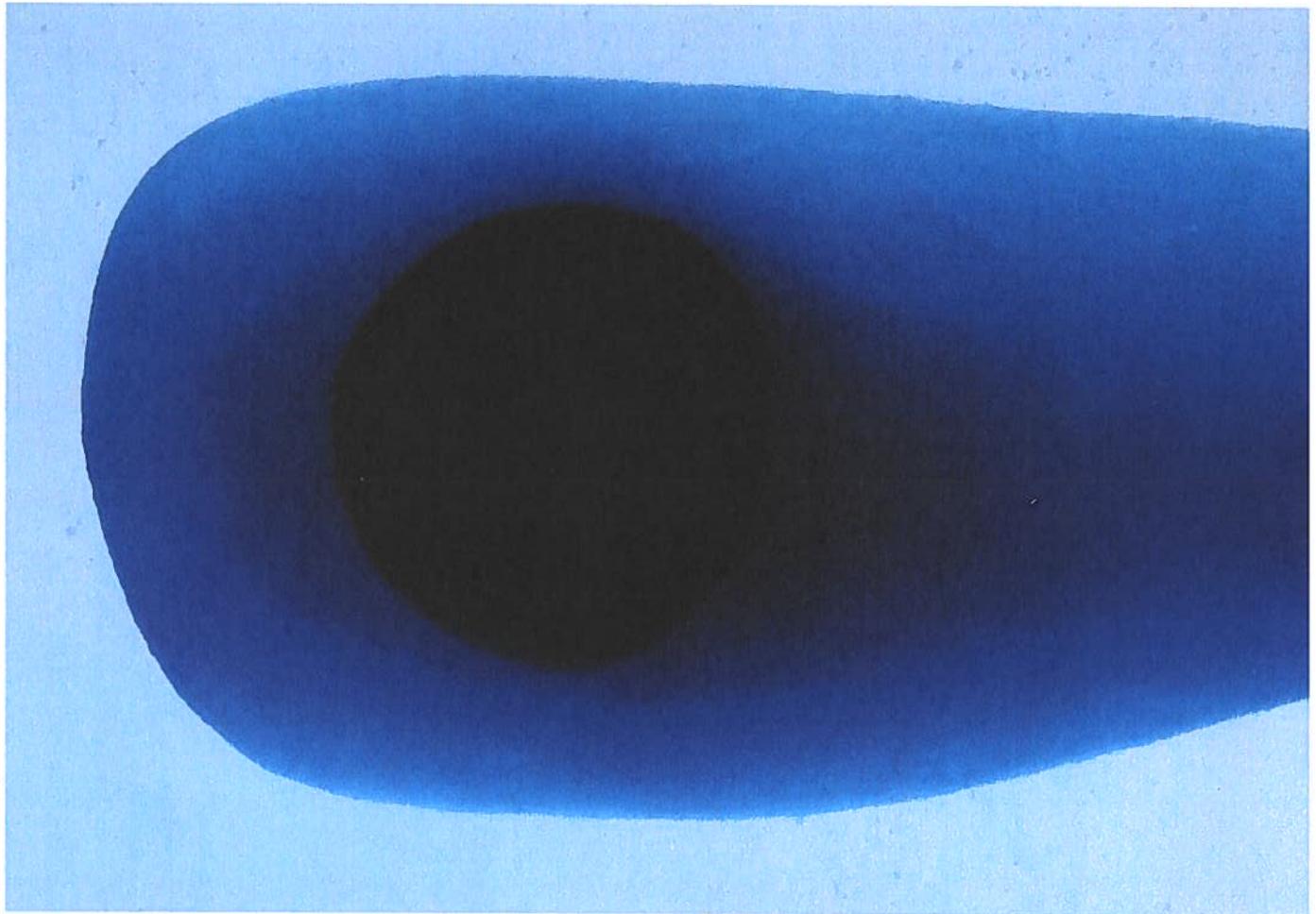
Si la thérapie du milieu est essentiellement du ressort des équipes infirmières, il n'est pas rare, et on peut le regretter, que ceux qui s'y consacrent le plus soient les stagiaires, les étudiants, les aides-soignants, autrement dit le personnel le moins qualifié. Ce qui pose la question de l'importance accordée à cet axe... Serait-il mineur comparé aux trois autres plus prestigieux ? Croit-on vraiment à ses potentialités thérapeutiques ?

Depuis que l'asile existe, c'est-à-dire depuis que l'on a voulu offrir aux aliénés un lieu de soin spécifique, la question de la bonne organisation des soins dans le milieu se pose. Esquirol écrivait en 1818 (2) : « *Mis dans des mains habiles, l'asile peut devenir le meilleur moyen de guérison pour des aliénés.* » Ce qui nous renvoie à une époque portée par

Michel MIAZZA

Infirmier-chef, Fondation de Nant (Suisse).





© Catherine Ludeau.

l'espoir que l'asile permettrait d'offrir un sort meilleur, voire une guérison aux aliénés... L'idée était généreuse, mais elle a été malheureusement détournée par la réalité de l'époque que, chacun à sa manière, Michel Foucault (3), Gladys Swain (4), et Marcel Gauchet (5) pour ne citer qu'eux ont décryptée. Aujourd'hui encore, l'hospitalisation en psychiatrie reste une épreuve difficile, s'envisage comme solution de dernier recours, un mal nécessaire..., les indications se faisant plutôt par défaut, quand tout le reste a échoué.

Cette citation d'Esquirol toujours d'actualité peut être paraphrasée pour qualifier le milieu : « *Mis dans des mains habiles, le milieu peut devenir le meilleur moyen de guérison pour des patients en grande souffrance psychique.* » Comment s'occupe-t-on du milieu ? Qu'est-ce que des mains habiles peuvent y faire ? Si on n'y est pas un minimum familiarisé, on n'entre pas dans une unité psychiatrique sans une certaine appréhension. On peut

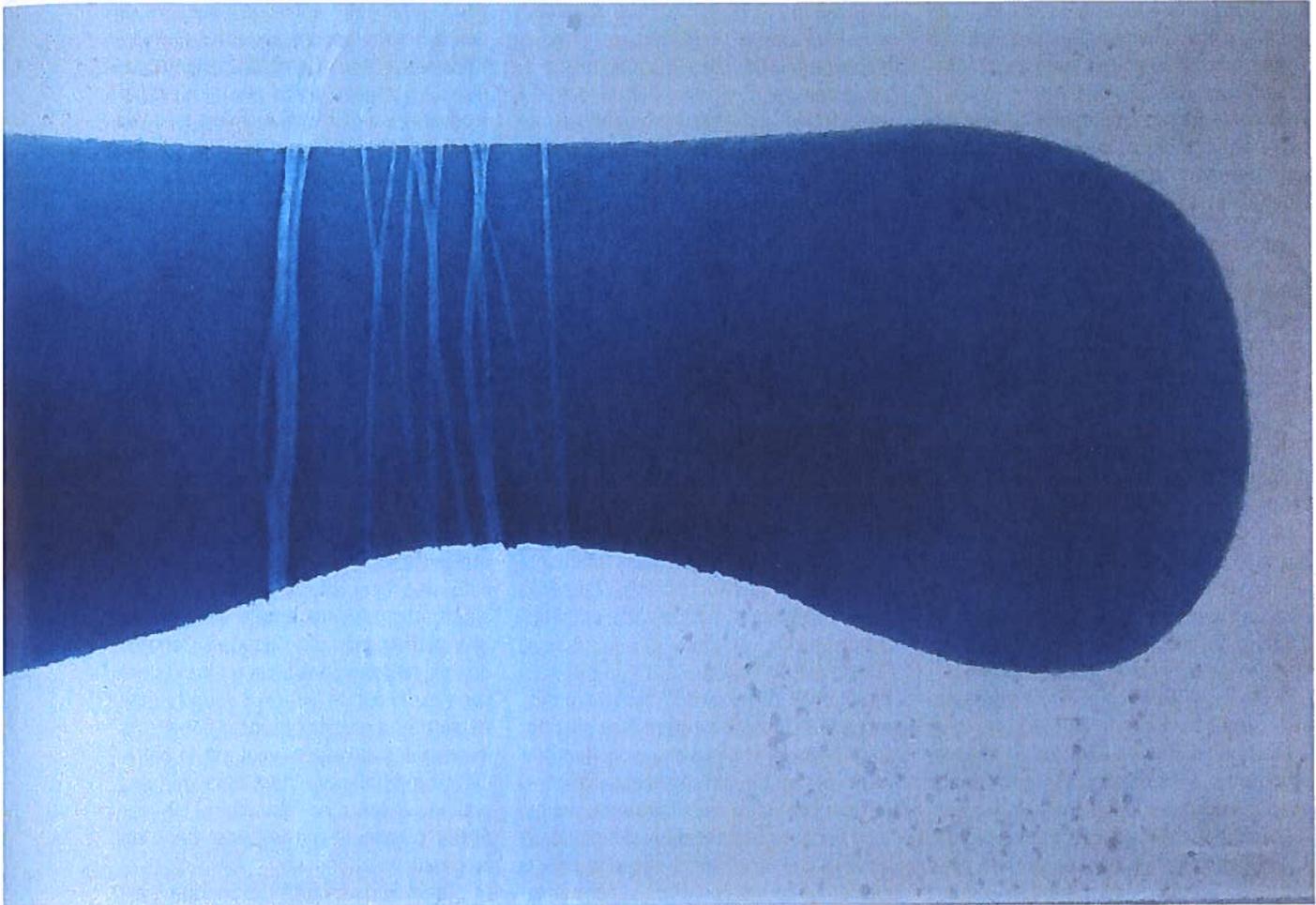
être vite saisi par l'expression inquiétante de la folie : cris d'un patient délirant, regards inquiets, tristes ou encore agitation bruyante d'un patient maniaque, odeurs corporelles, corps à corps d'une empoignade avec un patient agité...

À l'inverse, une ambiance du milieu « travaillée », un tant soit peu apaisée, devient potentiellement un lieu d'asile dans le sens le plus noble du terme. Le patient y trouve du soutien auprès des soignants mais également des autres patients, de l'attention, de la compréhension, des limites rassurantes, une organisation pour contenir la désorganisation, des pairs qui lui permettront de sortir de son isolement... Ainsi, il n'est pas rare que des patients qui à leur arrivée ont mis beaucoup d'énergie pour lutter contre leur hospitalisation déploient ensuite la même énergie pour ne pas en sortir. On le comprend, le milieu, selon l'ambiance qui le traverse, peut devenir potentiellement iatrogène ou à l'inverse thérapeutique.

Prendre soin de l'environnement est une question pour le moins d'actualité ! Comment l'équipe soignante peut-elle influencer l'ambiance de l'unité et y maintenir un climat tempéré pour penser et habiter cet espace de telle manière qu'il déploie ses vertus thérapeutiques ?

Historiquement, les infirmiers sont les garants du milieu. Longtemps, leur travail ou plutôt celui du « gardien des fous » se limitait au gardiennage : surveiller les malades, maintenir l'ordre, la propreté. Cette époque est révolue. Deux siècles de transformations et d'innovations séparent l'infirmier de secteur du gardien des fous, de Pinel à Winnicott, de Pussin à Dominique Friard !

Mais si la valence thérapeutique du travail du milieu est aujourd'hui reconnue, force est de constater qu'il existe peu de conceptualisation sur cette pratique, reflet probable du manque de valorisation dont elle fait l'objet... Dès lors, on ne s'étonnera pas du peu de moyens qui lui sont dévolus, et que son exercice soit donc trop



souvent l'affaire du personnel le moins qualifié. Comme souvent, le principe de réalité fait sa loi, les soins sur le milieu peinent à être une priorité, les soignants s'y consacrent quand ils ont fait le reste : assurer les entretiens individuels, familiaux, distribuer la médication, relever des prescriptions médicales, remplir les dossiers, participer à des colloques... On imagine facilement le temps restant ! Mais que fait donc un infirmier quand il se consacre au milieu ? « *N'importe quoi, pas grand-chose, rien de spécial* », selon l'expression de M. Nadot (6) : disputer une partie de scrabble, se promener sur le site, accompagner un patient dans sa chambre, ou pire, être assis à feuilleter un journal dans un canapé, disponible pour le groupe... Tout peut laisser penser que les compétences requises pour s'occuper du milieu relèvent uniquement de certaines qualités humaines, d'un savoir être : chaleureux, soutenant, créatif, courageux, cadrant parfois, le tout guidé par un solide bon sens ! Ces

dispositions naturelles sont importantes, et nous sommes certainement nombreux à avoir commencé comme ça, sans trop de repères pour prendre soin de patients avec des troubles psychiques sévères et confrontés à nos limites. Nous sommes aussi certainement nombreux à avoir beaucoup appris, et compris, que c'est souvent sur le milieu que les vraies rencontres et les meilleures alliances se font (7). Compris également que c'est un lieu identitaire pour le soignant, où il développe ses talents et son style relationnels. Mais l'exercice est rude, et sans une solide volonté et une bonne organisation institutionnelle pour soutenir ce travail, cette thérapie du milieu risque de se limiter à un vœu pieux, et se réduire à sa dimension factuelle, utilitaire...

ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

Pour investir et s'intéresser à cette pratique, le soignant a besoin d'un cadre conceptuel qui lui permette de renforcer

sa posture professionnelle, ses capacités réflexives, son cadre interne. À partir de là, il peut donner du sens et de la valeur à son action, en ciblant mieux les besoins des patients et en adaptant les réponses en soin qui en découlent. Il a par ailleurs besoin d'espaces de formation, de supervision mettant le focus sur cette pratique.

À la Fondation de Nant (8), au fil du temps, une organisation s'est mise en place pour renforcer et pérenniser cette pratique soignante. Trois éléments sont essentiels à définir : un cadre conceptuel, une stratégie de soin, un encadrement réflexif.

• Le cadre conceptuel

Le cadre conceptuel choisi et développé s'est inspiré et enrichi de différents auteurs, mais son fondement repose sur un article de 1978 de Gunderson (9) qui postule que 5 processus thérapeutiques majeurs existent couramment dans les milieux résidentiels, et que ces fonctions

sont potentiellement à la disposition des patients. Chacune de ces fonctions vient soutenir une défaillance psychique spécifique chez un patient :

– La contention/contenance : ce versant est la réponse bien connue, trop connue, pour remédier aux débordements pulsionnels et à la perte de contrôle de soi.

Le dévoilement de ces fonctions du milieu peut faire penser à Monsieur Jourdain découvrant la prose... *A priori*, il n'y a rien là de révolutionnaire. Mais la force de ces fonctions est d'offrir un concept, un langage commun et professionnel à une équipe pour organiser les soins, assurer une cohérence, qualifier et valoriser ce

portée principalement symbolique, dérivés des fameuses actions parlantes chères à Racamier (14)... Ce qu'on ne peut pas dire à un patient, parce que ce n'est pas recevable pour lui à ce moment-là, on va le lui signifier différemment. Une collègue référente d'une patiente particulièrement sensible à la séparation devait lui annoncer

“

Les soins du milieu visent à rendre l'environnement prévisible, à réguler les échanges, à permettre aux patients de ne se sentir ni seuls, ni envahis... »

En n'oubliant pas que « *contenir, c'est d'abord se contenir* » pour reprendre l'expression de J.Hochman (10).

– Le soutien : une fonction facile à aimer, qui vise à renforcer les assises narcissiques, la mauvaise estime de soi.

– La structuration : bien utile, elle permet de faire face à la désorganisation psychique des patients en phase maniaque, ou à l'inverse de ceux gravement régressés et confinés au fond de leur lit.

– La mobilisation : l'antidote au retrait psychique, à la régression, la fonction phare des communautés thérapeutiques.

– La validation : cette fonction la plus « contemporaine » a pour objectif de permettre au patient d'affirmer son individualité, son altérité. Ceux qui travaillent auprès de personnes âgées connaissent les travaux de Naomi Feil (11) sur cette fonction en lien avec l'accompagnement des patients atteints de troubles cognitifs graves.

Certaines de ces fonctions se situent plutôt sur un « *axe vertical* », paternel, selon A. Ciccone (12). Ce sont la contention, la structuration, qui sont au service de la force, de la consistance, de l'orientabilité, alors que le soutien et la validation se situent davantage sur un « *axe horizontal* » maternel, au service de l'intimité, de la disponibilité et de l'apaisement.

De ces fonctions peut découler une stratégie de soin individualisée (13). Par exemple, on insistera sur le soutien et la mobilisation pour un patient déprimé en retrait. Sur la contention, le soutien et la structuration pour un patient maniaque, ou délirant. Certains lieux de soin, comme un hôpital de jour, favoriseront la mobilisation, en proposant des soins collectifs, à l'inverse dans une unité de psychiatrie aiguë, les interventions sur le milieu seront majoritairement individuelles.

travail sur le milieu. Par exemple, quand on explique à un étudiant en soins infirmiers que la promenade accompagnée qu'il s'est engagé à faire à 10 heures avec un patient contribue à des fonctions de soutien et de structuration, il perçoit l'aspect thérapeutique de cette activité.

• Stratégie de soin

Les soins du milieu se déclinent de toutes sortes de façons, et peuvent être plus ou moins formels, individuels, ou collectifs. Il n'est pas inutile de rappeler leur dimension souvent peu spectaculaire, voire d'une banalité confondante, et répétitive. Ils visent à rendre l'environnement prévisible, à réguler les échanges, à permettre aux patients de ne se sentir ni seuls, ni envahis. Ils supposent que l'équipe soignante soit cohérente, fiable, disponible. Jeune infirmier, je me souviens avoir été très sceptique en allant proposer, sous l'injonction d'une collègue, à un patient très désorganisé un programme journalier qui fixait heure par heure son emploi du temps dans l'unité. Je me suis presque excusé en le lui présentant, tant je trouvais ça normatif et infantilisant... Aujourd'hui, j'identifie sans peine la valeur structurante et le bénéfice que certains patients retirent de ce type d'acte. Les infirmiers « à l'aise » avec l'agressivité, le respect des règles, inspirant l'autorité sont particulièrement précieux pour cette fonction de structuration, a priori moins agréable à « endosser » que le soutien par exemple. Mais tester notre solidité, notre capacité à contenir les débordements constitue pour certains patients un passage indispensable et particulièrement thérapeutique.

Dans un registre plus créatif, les soins sur le milieu recouvrent des actes faits avec ou pour les patients qui ont une

ses vacances. Consciente de ce que son absence allait représenter de difficile, elle eut l'idée de lui confier, le temps de son absence, sa tasse personnelle qu'elle utilisait habituellement pour prendre le café avec l'équipe. Cet objet concret a aidé cette patiente fragile à maintenir la « permanence de l'objet ». Certains de nos collègues ont ainsi un vrai talent pour exploiter ce genre d'opportunités et mettre du jeu, de l'humour dans leurs interactions, en s'appuyant sur la banalité du quotidien, invitant ainsi certains patients à sortir de leur délire, de leur retrait psychique pour entrer dans un processus relationnel.

Afin de favoriser cette dynamique, certaines équipes de notre institution ont mis en place l'« horaire du milieu ». Le soignant qui en est chargé consacre alors exclusivement son temps aux interactions généralement informelles dans l'unité... Il n'assure aucun entretien, n'assiste pas aux éventuelles réunions. Pour des raisons de moyen, cette plage de temps ne peut être posée tous les jours, mais elle vient soutenir la valeur et l'importance de ce travail. Quand les étudiants constatent que les infirmiers « vont sur le milieu », ils ont d'autant plus de facilité à l'investir à leur tour.

• Encadrement réflexif

Michel Sapir, psychiatre et psychanalyste français qui s'est beaucoup consacré à la formation des médecins, affirmait que pour qu'une institution soit soignante, elle devait être un lieu de formation pour ses collaborateurs (15)!

Cette affirmation est particulièrement pertinente lorsqu'on travaille avec des patients difficiles, peu « narcissants » pour les soignants. Ils suscitent le rejet par la crainte qu'ils inspirent, leurs

troubles sévères nous font éprouver notre impuissance à les aider. Pour les investir positivement, il est préférable d'avoir un intérêt se situant ailleurs que dans l'attente d'une reconnaissance trop manifeste de leur part ! Cet intérêt peut être celui de la formation, du développement personnel. En m'occupant de l'autre, j'en apprend sur moi, ce qui est la condition nécessaire pour accepter de se faire bousculer, mais pas maltraiter, une frontière parfois difficile à tracer... Je me souviens avoir laissé François, un stagiaire très impliqué, se dépêtrer avec une patiente particulièrement caractérielle. Occupé à l'autre bout de l'unité, je n'ai pas pu venir l'aider quand j'ai entendu cette patiente lui hurler dessus pendant de longues minutes. Lorsque nous nous sommes retrouvés tous les deux dans le bureau infirmier, je me suis excusé de l'avoir laissé seul dans cette situation. Il m'a répondu très sérieusement : « Mais non, au contraire, ce n'est pas tous les jours qu'on a la chance de se faire engueuler comme ça ! » Cette situation a priori peu confortable avait eu pour lui valeur d'apprentissage. Pour soutenir cet intérêt, l'institution doit favoriser les espaces d'encadrement, de formation, de supervision, qui invite les soignants à investir cette thérapie du milieu.

Dans une de nos unités, nous avons mis en place une fois par mois une « intervention du milieu », durant laquelle nous choisissons le patient pour lequel cette thérapie nous semble le plus ou le moins indiqué. Nous nous intéressons à la façon dont il investit le milieu, quelles sont les fonctions dont il bénéficie particulièrement, et comment organiser les soins pour en potentialiser les effets. Lors d'une de ces interventions, l'équipe a choisi de parler d'un patient leur faisant vivre un pénible sentiment d'être maltraitante. En effet seules la contention

et la structuration étaient possibles avec lui, il ne pouvait donc que se plaindre et subir son traitement dont il semblait malgré tout beaucoup profiter. Le peu de relation avec lui se limitait à de laborieux marchandages autour du cadre. Toute tentative de soutien, en voulant s'intéresser différemment à lui, dans sa perception paranoïde des soins, était vécue comme une menace d'intrusion, une manœuvre de séduction pour le faire adhérer à son traitement. Cette intervention a permis à l'équipe de prendre conscience que cette mise à distance était à ce stade une défense à respecter, et qu'il fallait accepter son besoin de les considérer comme ses bourreaux, sans retourner l'attaque, sans représailles, qui auraient pu par exemple conduire à mettre un terme au traitement de ce mauvais client !

CONCLUSION

Paul-Claude Racamier (16), qui s'est beaucoup occupé de patients schizophrènes, soutenait que « le moteur principal du soin psychiatrique était l'investissement positif du soignant pour son patient ». Cette affirmation supposait que ces derniers, souvent blessés pour de multiples raisons dans leur estime d'eux-mêmes, lorsqu'ils sentaient des soignants disponibles, s'intéressant authentiquement à eux, allaient à leur tour investir positivement l'activité thérapeutique qui leur serait proposée. Certaines études récentes, remplissant les standards de l'« *evidence based medicine* », confirment d'ailleurs cette idée touchante de simplicité (17)...

Les soins sur le milieu constituent un formidable lieu de rencontre avec les patients. Ils demandent aux soignants une capacité à s'impliquer dans des relations complexes et singulières, en manifestant leur résistance au feu, et en faisant preuve de rigueur et de créativité. C'est notamment à travers cet axe thérapeutique que

notre profession a acquis sa légitimité et valorisé son rôle autonome. Pour y parvenir, les soignants ont besoin de sentir que leur institution est... autour d'eux, afin qu'ils puissent en faire de même avec les patients.

- 1- Söderström D. (1994), *Pour une psychothérapie en milieu hospitalier*, *Psychothérapie*, N° 4, p. 223-228.
- 2- Esquirol (1818), *Des établissements des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés*, mémoire.
- 3- Foucault M. (1961), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, 1972.
- 4- Swain G. (1994), *Dialogue avec l'insensé. Essais d'histoire de la psychiatrie*, Gallimard, Bibliothèque des sciences humaines.
- 5- Gauchet, *À la recherche d'une autre histoire de la folie*, in Swain G., op. cit. (4).
- 6- Nadot, *Pratiques*, (juillet 2011) les cahiers de la médecine utopique, 54.
- 7- Lanquetin, Jean-Paul, Tchukriel Sophie, (2013/3), *Recherche en soins infirmiers* (n 114), page 95.
- 8- Secteur psychiatrique de l'Est Vaudois/Suisse.
- 9- Gunderson J. *Defining the therapeutic process in psychiatric milieu*, *Psychiatry* 41/nov. 1978, 327-335.
- 10- Hochmann « *psychose, vie quotidienne*, ed Eres, 2006
- 11- Feil Naomie, (2018) *Klerk- Rubin Vycki, Validation, pour une vieillesse pleine de sagesse*, Ed Pradel, Paris.
- 12- Ciccone, Albert, (mars 2014), *la psychanalyse à l'épreuve du bébé*, Ed Dunod.
- 13- Panchaud, Raymond, Miazza Michel, (2011), *l'environnement thérapeutique infirmier : les fonctions du milieu*, EMC, *Savoirs et soins infirmiers*, 60-705-N-10.
- 14- Racamier, Paul-Claude (1993), « *Cortège Conceptuel* », Ed. Apsygée.
- 15- Sapir. M. *Formation et institutions soignantes, La pensée sauvage*, 1993.
- 16- Racamier, Paul-Claude (1993), *Le Psychanalyste sans divan*, Ed. Payot, coll. Bibliothèque Scientifique Payot, 448 p.
- 17- Despland, J.-N. et al., (2006), « *L'évaluation empirique des psychothérapies* » in *Psychothérapies*, 2.

Résumé : Lors d'une hospitalisation, quand, pour un patient tout déborde (délires, idées suicidaires, agirs...), être en lien avec l'autre ne va pas de soi... Au-delà des prises en charges « classiques », l'organisation de l'environnement quotidien de l'unité de soins constitue un formidable levier thérapeutique. La qualité première de l'ambiance d'un service n'est pas d'être « bonne » ou « mauvaise », mais thérapeutique. Elle doit pouvoir résister à la destructivité, accueillir le négatif pour le transformer, en offrant un environnement sûr et bienveillant. Comment les soignants peuvent-ils, à travers des soins collectifs et individuels, des actions concrètes et symboliques potentialiser les effets thérapeutiques de cette ambiance ? Comment l'institution peut-elle, à travers son organisation, soutenir les équipes en valorisant ces prestations ?

Mots-clés : Attitude du professionnel – Cadre thérapeutique – Holding – Processus thérapeutique – Savoir être – Soins infirmiers – Soins psychiatriques – Soins relationnels – Temps informel – Unité de soins psychiatriques.