

Environnement thérapeutique infirmier : travail de milieu en psychiatrie

R. Panchaud, M. Miazza

Nombre de patients psychiatriques ont besoin d'un milieu résidentiel pour se soigner. Ce milieu peut être organisé de façon à devenir un agent thérapeutique actif. Cet environnement représente un potentiel thérapeutique important lorsqu'il est conceptualisé, déployé et reconnu dans ses fonctions soignantes. Il permet un vrai travail de transformation psychique dans le sens d'une expérience de maturation. C'est un axe thérapeutique indispensable pour des patients souffrant de problématiques archaïques ou aiguës dont les soins nécessitent des médiations. Les concepts psychanalytiques à l'usage des soins, et plus particulièrement leurs développements dans le champ de la psychose, en sont le modèle théorique.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Espace transitionnel ; Holding ; Médiation ; Soins psychiques ; Relation thérapeutique ; Psychose

Plan

■ Introduction	1
■ Repères historiques du concept de milieu	2
■ Un milieu thérapeutique pour qui ?	3
Milieu : nécessité de santé publique	4
Des soins de milieu pour qui ?	4
Une demande déléguée	4
Situations cliniques et modalités défensives	4
■ Fonctions du milieu	6
Organisation du travail de milieu	6
Les cinq fonctions du milieu développées par Gunderson	6
Qualités des fonctions	7
Finalité du travail de milieu	8
Nécessité de la dimension concrète	8
Milieu et groupe	9
Résistances et organisation institutionnelle	9
■ Conclusion	10

Comme on le sait, comme on l'a dit abondamment, l'apprentissage de techniques de soins laisse dans l'ombre les problèmes relationnels, alors que toute thérapeutique s'accomplit par la voie de la relation soignant-soigné et de la dynamique inconsciente qui l'anime.
Miéville [1]

■ Introduction

Chaque institution résidentielle ou semi-résidentielle (centre de jour) accompagne les patients à travers de multiples activités orientées autour de la vie quotidienne. Si au premier abord il est facile de comprendre la nécessité de ce genre d'environnement, il est tentant de le proposer sans réflexion pour le conceptualiser :

pourquoi organiser des activités ? De quels genres et à quelles fins ? Dans les lieux résidentiels qui font office de lieux de vie, ces activités s'imposent d'elles-mêmes pour soutenir, voire égayer la vie quotidienne, mais dans des unités de soins dont la mission est essentiellement thérapeutiques, comment justifie-t-on de telles pratiques ? La question se pose du potentiel thérapeutique de ces activités et des savoirs auxquels elles se réfèrent.

Ces dernières décennies, la profession d'infirmier en psychiatrie a fortement évolué dans l'élargissement de son champ d'activité. Cette évolution se marque d'une part par une offre de prestations plus spécifiques telles les approches corporelles, les entretiens, les techniques cognitivocomportementales ou l'animation de groupe, etc. et d'autre part dans de nouvelles structures ambulatoires « prestigieuses » telles les unités de crise, de liaison ou de consultations ambulatoires. L'une des conséquences regrettables en est une perte d'intérêt pour les prestations de milieu, cet environnement soignant dont les potentialités thérapeutiques et l'intérêt sont sous-estimés, compte tenu des besoins de certains patients. Celles-ci sont passées à l'arrière-scène avec l'image de prestations sans valeur thérapeutique reflétant une idée de la profession dont on souhaiterait se débarrasser définitivement : l'infirmier (ange) gardien sans compétences particulières. Ainsi, cet article a pour objectif de démontrer la valeur de ce travail et ses potentialités thérapeutiques lorsqu'elles sont exploitées, en particulier pour les patients les plus difficiles d'accès aux soins. La difficulté à laquelle ils nous confrontent est de savoir « de quelle manière les aborder » ?

Comment mettre en évidence ce soin psychique difficile à voir, à percevoir et à concevoir, alors qu'il répond aux besoins de nombreux patients psychiatriques, et qui est également l'essence-même des soins

infirmiers en psychiatrie ? Ce soin du quotidien, cet environnement soignant qu'organisent les infirmiers dans les unités résidentielles à temps complet comme dans les hôpitaux ou à temps partiel dans les centres de jour. Une part importante de ces soignants fait du « travail de milieu » sans le savoir. Ainsi, nous appelons « travail de milieu » les prestations infirmières, structurées ou non, dans le quotidien résidentiel de ces lieux de soins.

Malgré l'apparente banalité de ce travail de milieu, il nécessite des compétences spécifiques. Elles font appel à des savoirs subtils, aux capacités personnelles d'implication, d'empathie et de créativité des acteurs dans les espaces informels de leur pratique. Ce travail de milieu a été l'exercice premier de la profession des soignants en psychiatrie. C'est dans cet espace que cette profession a construit son identité et ses savoirs propres. Actuellement, il reste encore un lieu identitaire et originel dans lequel débute l'activité professionnelle.

Le référentiel théorique exposé ici relève de concepts psychanalytiques qui ont été développés par ceux qui portaient un intérêt particulier à la psychose, loin du divan « névrotique », et que les soignants se sont appropriés. Il permet de concevoir et d'élaborer des stratégies de soins dans ce qui peut apparaître comme la banalité du quotidien. C'est à travers son éclairage que la dimension thérapeutique de ces activités de milieu peut se révéler. Loin de la cure type, la psychanalyse dans cet article est entendue comme instrument de soins, c'est-à-dire de concepts analytiques à l'usage des soins infirmiers : il y a de l'or dans le soin !

Pour nombre de patients psychiatriques, le milieu est une réponse à un réel besoin d'encadrement adapté au moment où d'autres prestations sont insuffisantes ou inappropriées. Professionnellement, il faut s'intéresser aux potentialités soignantes du milieu. Ce dernier mérite une attention plus soutenue pour ne pas être réduit à sa seule dimension de gardiennage qui a longtemps prévalu historiquement dans les établissements psychiatriques. Cependant, l'histoire nous montre également des soignants préoccupés à humaniser et rendre ce « milieu » thérapeutique. Ces activités prennent racine dans une histoire qu'il importe de connaître et que nous développerons.

Cet article se décline en trois parties. Les éléments historiques occupent la première partie afin de situer le travail de milieu dans son évolution jusqu'à aujourd'hui. La deuxième partie est consacrée aux problématiques psychiatriques concernées par les soins de milieu, et la troisième explicite et développe les différentes fonctions du milieu.

■ Repères historiques du concept de milieu

Le milieu a été le premier élément des traitements psychiatriques au début du XIX^e siècle quand les hôpitaux psychiatriques ont commencé à se construire. Ce changement est en lien à l'époque avec le mouvement social de l'industrialisation. L'asile du moment fut le premier moyen pour traiter les pathologies psychiatriques. Esquirol [2] écrivait alors : « mis dans des mains habiles, l'asile peut devenir le meilleur moyen de guérison pour des aliénés ». Nous sommes en 1838. D'après Gunderson [3] ces institutions ont rempli trois des principales fonctions de milieu : la contention, la structuration et plus tard le soutien avec le traitement moral de Pinel.

Le travail de milieu, comme le travail d'équipe, est donné comme une évidence, mais une évidence qui n'est pas facile à démontrer. Au XIX^e, on s'est occupé à améliorer l'activité de milieu en terme de conditions de vie, mais sans que ce milieu ne soit réellement remis en

question. Ce n'est que beaucoup plus tardivement que des critiques assez négatives du travail institutionnel et des propositions d'alternatives à ces traitements vont remettre peu à peu en question la manière de faire. Cette remise en question du traitement de milieu résidentiel en psychiatrie s'est faite par le développement des idées psychanalytiques, et particulièrement par compréhension des symptômes et des comportements psychotiques. Du coup, l'insensé pouvait avoir du sens, il devenait possible de mieux comprendre ce qui se passait et progressivement de comprendre ce que le milieu pouvait permettre ou empêcher au plan thérapeutique.

C'est surtout à la période de la Deuxième Guerre qu'il y a eu les plus grandes avancées, notamment avec la psychothérapie institutionnelle, et les travaux de Bion et Rickman [4]. Ces derniers 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. Par « extension », l'intérêt pour le travail groupal et social va aboutir au mouvement des communautés thérapeutiques qui est une forme de traitement de milieu. L'article de Main [5] paru en 1943, *Therapeutic community*, fera date. Ce dernier est un acteur important qui a mis en application ces idées dans l'hôpital qu'il dirigeait et il proposait également une formation spécialisée en psychiatrie.

En France, pendant et après la Seconde Guerre mondiale, il y a eu la naissance du fameux mouvement de la psychothérapie institutionnelle qui s'est beaucoup inspiré des théories de Lacan. Cette approche est principalement partie avec Tosquelles et Bonnafé à St-Alban (1942). L'idée centrale est que là où la psychanalyse traditionnelle n'est pas suffisante pour pouvoir aider les patients psychotiques, il faut inventer un autre dispositif institutionnel. L'ensemble de l'institution peut devenir un dispositif thérapeutique global, c'est-à-dire qui comprend le travail de milieu sans que celui-ci soit explicitement conçu comme tel. Dans l'après-guerre, deux choses très importantes vont faire progresser les établissements psychiatriques : la traduction en français de l'œuvre de Freud qui a permis une diffusion des concepts analytiques ; plus tard pour tous, à partir de 1952, l'apparition des neuroleptiques qui a grandement, et contre toute attente, facilité le travail psychothérapeutique qui comprend le travail relationnel dans le milieu.

D'autres éléments ont favorisé l'évolution du travail du milieu. L'un, assez terrible, est le constat en France des morts dans les hôpitaux psychiatriques pendant la guerre : de 40 000 à 50 000 morts ... de faim et d'incurie. Ce choc et cette prise de conscience affligeante furent un vrai encouragement pour que le monde psychiatrique évolue. Un autre fait marquant a été l'étude de Le Guillon qui a tenté de retrouver les patients qui avaient disparu des hôpitaux psychiatriques pendant la guerre. Ses résultats montrent 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 unique possibilité thérapeutique. Le milieu résidentiel psychiatrique n'est pas indiqué pour tous les patients ; il a ses propres indications.

Plus tard, la très célèbre étude de Goffmann [6], *Asiles*, sur ce qu'il a appelé l'institution totalitaire, a beaucoup fait parler d'elle et, à nouveau, a interrogé l'institution psychiatrique traditionnelle. Une institution qui procure tout, incite les patients hospitalisés à n'avoir aucune raison d'en sortir. Dans ces cas, le milieu n'est pas organisé de manière thérapeutique.

Par ailleurs, d'autres expériences ont vu le jour, notamment celle de Jones [7] qui a développé le concept de la « communauté thérapeutique » aux États-Unis et

en Grande-Bretagne. Il a « consolidé » le concept avec le projet d'utiliser le milieu social de l'institution à des fins thérapeutiques. Il s'agit d'une expérience très orientée sur le mouvement sociologique et les groupes. Le concept vise à 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. Le milieu résidentiel devient un lieu d'« expérimentation sociale ». Il y a aussi eu le travail de Bettelheim [9] qui, à la suite de Menninger, a proposé un milieu thérapeutique spécialisé qu'il a retracé dans son livre *Un lieu où naître*. 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 Foulkes [9, 10] et d'autres thérapeutes intéressés par le travail groupal dans le milieu thérapeutique.

En 1978, Gunderson publie son article de référence sur les cinq fonctions du milieu. Il a le grand mérite et l'originalité d'avoir conceptualisé la dimension psychothérapeutique du travail de milieu, ce qui n'avait jamais été fait comme tel jusqu'à lors. Puis en 1983 il publie un ouvrage sur la thérapie du milieu avec Will et Mosher [11]. Ce dernier est le père des soterias, communautés thérapeutiques, essentiellement basées sur le milieu, qu'il a créées en Californie. Nous retiendrons encore Stamm [12] qui propose un hôpital comme un *holding environment* dans la perspective de Winnicott sur l'environnement facilitant (milieu) une expérience thérapeutique de maturation.

Il faudrait encore citer une expérience française avec Sivadon [13]. Ce dernier a beaucoup dénoncé les mauvaises conditions des hôpitaux psychiatriques français et a obtenu des moyens pour œuvrer dans le sens de la réhabilitation. Son projet consistait à organiser un peu artificiellement le milieu de soin pour que les patients puissent retrouver un niveau d'adaptation social. 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 est bien évidemment Racamier [14, 15]. Depuis les années 1970, il a publié de nombreux écrits qui ont le mérite de conceptualiser la pratique institutionnelle en différenciant rôles psychothérapeutiques et soins institutionnels (milieu). Son centre de jour de la Velotte a été un exemple de cette pratique.

La recherche qu'a menée Allanen [16-18] en Finlande 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.

Rentrent dans cette ligne les écrits de Hochmann [19, 20] sur la réalité partagée et ses vertus thérapeutiques, et ceux de Jeammet [21] sur l'espace psychique élargi dans le travail institutionnel. Et pour finir nous retiendrons Botbol [22] pour son article *La psychothérapie par l'environnement*. Il met en évidence et insiste sur le travail psychologique de l'équipe comme un mode thérapeutique pour les patients.

Le milieu est-il une pratique spécifique des soins infirmiers, un environnement thérapeutique infirmier ? La première infirmière qui a écrit sur les soins infirmiers est Florence Nightingale. Ses écrits datent du milieu du XIX^e siècle ; pour elle les soins infirmiers consistent à « mettre le patient dans les meilleures conditions possibles afin que la nature puisse faire son œuvre en lui » [23]. Autrement dit, 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 qui consiste à 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 professions du soin psychique. Dans le cadre de l'exercice du travail de milieu, les interventions sont de quatre types :

- les prestations concrètes : ce sont de réelles activités effectuées avec les patients ;
- les prestations relationnelles (soutien, empathie, etc.) ;
- une fonction de « métabolisation psychique » individuelle des soignants ;
- une fonction de mise en commun, d'intégration en équipe.

Peplau [24] a joué un rôle important ; elle s'était intéressée aux aspects plus sociologiques des soins. En 1982, l'American Nurses Association (ANA) 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. Puis, en 1994, l'intervention du milieu est considérée comme une fonction de base de l'infirmière en psychiatrie. Par la suite, ce sera repris par les standards dans l'ANA.

Une recherche de littérature sur le milieu a été menée par Eldridge et Delaney [25, 26]. Le premier a étudié 250 articles sur le sujet. Sa conclusion est qu'il n'y a aucun consensus sur le traitement de milieu. Finalement, le choix théorique se fait d'après les convictions individuelles. Delaney affirme que tous les courants de pensées se sont saisis de ces activités. Nous postulons que cette pratique relève des soins infirmiers [27].

Un autre élément pourrait également nous interroger : dans les années 2000, aux États-Unis, le courant psychiatrique a abouti à une diminution drastique des séjours hospitaliers pour finalement mettre l'accent sur deux objectifs : contenir/sécuriser et stabiliser les patients pour qu'ils sortent le plus rapidement possible des unités hospitalières. Il s'agit d'un désintérêt notable pour les fonctions du milieu et une réduction à leur plus simple expression qui ressemble de près à celle du début des asiles psychiatriques du XIX^e siècle. Allons-nous suivre la même voie en Europe ? Ou pourrions-nous mettre en évidence ce travail du milieu comme une stratégie soignante indispensable à certains patients ? Une pratique nécessitant formation, concepts et moyens en personnel adaptés.

Cet historique montre la nécessité du travail de milieu avec des tendances qui oscillent entre deux focus : l'un sur les activités, et l'autre sur les relations entre soignants et patients. Notre perspective est de développer un concept global qui allie relationnel et activité dans la même optique soignante du travail de milieu.

■ Un milieu thérapeutique pour qui ?

Les soins de milieu s'adressent aux patients psychiatriques dont la caractéristique principale est le manque de contenant psychique. Ces « pathologies du contenant » se déclinent sous différentes formes et ont en commun une certaine dépendance vis-à-vis de leur entourage et de leur environnement. Elles se retrouvent dans le champ de la psychose et des troubles graves de la personnalité. C'est en grande majorité la patientèle des services psychiatriques publics. Les soins de milieu sont soit momentanés, lors de décompensations, soit constants pour les problématiques nécessitant un accompagnement continu pour les plus démunis d'entre eux.

Bien après Freud, dans le prolongement des développements de concepts analytiques qui s'intéressent à la psychose ou aux graves troubles de la personnalité, se trouve celui – malgré la controverse qu'il suscite – de la troisième topique [28]. Il s'intéresse à l'articulation entre

le monde interne et externe, le dedans et le dehors, pour les personnalités auxquelles cette différenciation pose problème. Ainsi, l'« entourage psychique » est considéré comme une instance, au même titre que les autres instances de la première et deuxième topique (moi, surmoi et ça). Les concepts de dispositif symbolisant [29-31], d'espace psychique élargi [21] ou encore de psychothérapie par l'environnement [22] étoffent le corpus théorique du travail de milieu dans sa dimension relationnelle. Ils ont en commun le postulat d'une problématique psychique fonctionnant en « extériorité » [32], autrement dit dépendant du psychisme de l'autre pour son propre fonctionnement. Ces concepts proposent un éclairage sur les problématiques en jeu et la dimension relationnelle du travail de milieu.

Milieu : nécessité de santé publique

Répondre aux besoins de santé publique en matière de santé mentale oblige à s'intéresser à toutes les problématiques, mais plus particulièrement à celles relevant des perturbations les plus graves. Ces patients posent un problème majeur d'accès aux soins. En effet, soit ils débordent les cabinets privés (pratique libérale) qui ne peuvent plus les assumer, soit ils n'accèdent pas aux soins car ils ne peuvent tirer bénéfices de ces « thérapies classiques » qui se travaillent essentiellement à travers une relation duelle et le langage. L'un et l'autre peuvent être insuffisants, en représentant le risque de devenir pour le patient une menace d'intrusion plutôt qu'une aide.

Il y a donc les patients pour lesquels une relation individuelle est la stratégie thérapeutique de choix, relevant des techniques psychothérapiques « classiques », et ceux pour qui une multiplicité d'intervenants est nécessaire. Leur transfert massif devient trop lourd pour un seul thérapeute. Cette question a malheureusement souvent été posée à l'envers, c'est-à-dire par défaut d'accès à la psychothérapie individuelle plutôt que comme une indication positive à la pluralité relationnelle et au langage de l'acte. Pour sortir de la fausse opposition entre l'or de la psychanalyse et le cuivre (ou le plomb) des autres psychothérapies, on pourrait dire que l'or est ici dans l'adaptation des stratégies thérapeutiques aux problématiques et besoins des patients [33].

Cette pluralité relationnelle est un outil thérapeutique qui a ses propres indications positives. L'exemple le plus visible est probablement celui des indications d'hospitalisation. Elles se posent soit par défaut, quand on ne sait plus comment faire autrement, soit comme une indication positive [34, 35], quand l'hospitalisation est considérée comme le meilleur lieu de traitement du moment, puisqu'il reste le lieu emblématique d'un travail de milieu, de la pluridisciplinarité et des traitements intégrés.

Les soins de milieu contribuent à amorcer un traitement, à le poursuivre ou l'orienter, ou encore à contenir un épisode plus aigu dans la trajectoire thérapeutique du patient. C'est souvent lors de périodes de régression qu'un milieu devient nécessaire. Si le besoin d'environnement thérapeutique est posé se pose aussi la question de comment l'adapter pour qu'il devienne un réel agent thérapeutique actif et non plus seulement une suppléance provisoire ou définitive. Quand le milieu est indiqué, le soin infirmier se pose comme nécessité. Mais pour qui ?

Des soins de milieu pour qui ?

Qui sont ces patients ? À qui profite le milieu ? Ce sont ceux dont le fonctionnement, compte tenu de leurs stratégies défensives, fait qu'ils n'ont pas toujours de demandes explicites ou qui n'ont pas conscience de leurs troubles. Ce sont ceux qui ne mentalisent pas leurs problématiques et pour qui souvent, pour reprendre

l'expression de Chartier, « l'agir tient lieu de langage » [36]. De manière générale, ce sont des personnes aux problématiques psychiques dites « archaïques » en référence aux mécanismes de défense en jeu : déni, projection, identification projective et clivage, relevant de la logique psychotique ou des troubles graves de la personnalité, autrement dit les non-névrotiques, ceux dont le trouble relève d'un défaut fondamental [37] selon Balint.

Une demande déléguée

Les patients souffrant de ce type de problématiques présentent une certaine dépendance et ont donc besoin des autres. Devant leur fréquente impossibilité – en tout cas momentanée – de faire une demande explicite de soins, ou simplement d'accéder aux soins, ils vont inconsciemment faire agir les autres qui vont devenir les porteurs d'une demande de soins à leur place. Ainsi, c'est dans la manière dont se manifestent ces pathologies que se fait l'« appel » à l'autre. L'exemple de la décompensation psychotique est emblématique : tout en ne demandant rien explicitement, ces patients font intervenir l'autre par leur discours ou leur comportement. Ce cas de figure montre comment ces pathologies s'expriment dans l'environnement et combien elles en sont dépendantes. C'est bien parce que l'environnement a cette importance qu'il peut être utilisé comme levier thérapeutique.

Situations cliniques et modalités défensives

Pour clarifier notre propos, nous allons regrouper ces problématiques en différents cas de figure. Ils correspondent à autant de « stratégies » adoptées de manière inconsciente par les patients pour gérer leurs angoisses débordantes. C'est une manière schématique de présenter ces problématiques car, dans la réalité clinique, ces dernières se superposent fréquemment. À l'instar des mécanismes de défense archaïques, les problématiques relèvent de la logique de la projection, du déni, de l'agir et du négatif.

Déni et projection

Certains patients sont dans l'impossibilité d'être en contact avec leurs émotions, leurs affects, autrement dit, avec leur monde interne. En effet, leurs émois sont si intenses qu'ils débordent leur capacité à les contenir pour les éprouver et les intégrer dans leur vie psychique. Ce sont des sentiments dépressifs intenses, des vécus de rage, de colère extrême, d'agressivité violente, etc. Bien que leur psychisme soit momentanément défaillant, pour faire face à ces éprouvés, il leur faut trouver une stratégie pour se défendre contre la menace interne qui leur est liée. Une de ces stratégies peut être de dénier tout ou partie de ces affects. Le résultat de cette opération est que ce qui est ainsi dénié n'existe plus pour le patient qui ne le perçoit plus. C'est une manière pour lui de se désapproprier une partie de lui-même. La partie déniée continue cependant à être active mais elle n'est plus perceptible que dans ses effets dans le milieu ; c'est donc par ce biais seulement qu'elle peut être reconnue, abordée et travaillée.

Une autre stratégie consiste à expulser par projection cette partie de soi que le sujet ne peut élaborer. Cette partie est attribuée à une autre personne, ce qui suppose aussi ici que le patient exproprie sa problématique et s'en dépossède. Cette projection a aussi pour fonction de charger une autre personne de suppléer à ce débordement. Deux formes de projection peuvent ainsi être décrites : une facile à identifier, qui attribue à l'autre des intentions et des affects qui ne sont pas les siens et qui subissent souvent une inversion (« Vous me voulez du

mal » au lieu de « Je crains de vous aimer » par exemple) et une deuxième forme plus difficile à identifier car plus complexe : l'identification projective. Dans cette dernière, celui qui en est la cible s'approprie inconsciemment la projection dont il est l'objet. Par exemple, le soignant ne distingue plus la projection qu'il reçoit de son propre vécu : il la vit comme venant de lui. Ainsi soumis au mouvement d'identification projective d'un patient, qui a le fantasme de ne pas arriver à se faire aider, le soignant acquiert la conviction qu'on ne peut plus rien faire pour ce patient. Cette opération psychique sidère le processus thérapeutique ; c'est pourquoi il importe de la déjouer. Au travers de ces mécanismes de défense, les personnes qui sont l'objet de ces projections sont « priées », de manière inconsciente, de « prêter » leur psychisme pour contenir à la place du patient ce qui ne peut l'être par lui. Pour reprendre la formule de Racamier, c'est ainsi que : « Être psychotique, c'est vivre hors de soi ». Dans le cadre d'un projet thérapeutique, on pourrait ajouter : vivre hors de soi, c'est vivre dans le milieu.

Ce déni et cette projection de certains affects « insupportables » sont des tentatives du patient pour éviter de les éprouver : comme nous l'avons relevé, ces affects déniés ou projetés n'existent plus dans la perception du patient. Pour compléter cette opération de mise à distance, la réalité externe et la concrétude vont seules être investies et même surinvesties pour permettre un désinvestissement du monde interne. Il en résulte que seule cette réalité concrète est perçue par le patient qui désinvestit ainsi sa réalité interne et n'en perçoit plus les mouvements. Comme dans toutes les autres formes de mécanisme de défense, il s'agit pour le sujet d'une stratégie de protection visant à lui éviter de souffrir psychiquement ; autrement dit, c'est une tentative d'autoguérisson. Cette stratégie n'a malheureusement qu'une efficacité limitée et un coût psychique élevé : ce qui est dénié reste présent et continue à exercer ses effets à l'insu du sujet qui dénie. Cliniquement, c'est très perceptible chez certains patients hospitalisés : ils ont besoin d'un entourage constant du fait de leur dépendance, mais tentent à tout prix de ne pas reconnaître ce besoin blessant et menaçant dans la mesure où il dévalorise le sujet et donne une grande importance à ceux dont ils dépendent. Ils déniaient donc ce besoin pour se protéger de ses effets et le projettent inconsciemment sur les soignants en leur attribuant ce besoin : par exemple, ils peuvent reprocher aux soignants d'avoir besoin d'eux pour remplir l'hôpital et donc de les maintenir hospitalisés pour cela. Mais au moment où il est question pour eux de quitter l'établissement, il n'est pas rare qu'ils commettent un *acting* suffisamment inquiétant pour que leur sortie soit ajournée.

Clivage

Au déni et à la projection, nous pouvons adjoindre la stratégie du clivage [38] qui réunit ces deux mécanismes tout en divisant le monde en deux : les bons d'un côté et les mauvais de l'autre. Habituellement, ils expulsent leur partie ressentie négativement et la projettent sur un objet externe, du coup identifié comme mauvais. Cette opération leur permet de n'être en lien qu'avec leur bonne partie qui est, elle aussi, en lien avec un bon objet externe. Ce type de relation n'est pas stable et souvent ces relations bonnes ou mauvaises changent d'objet ou se transforment, le bon devenant mauvais et inversement. Une grande énergie leur est nécessaire pour gérer ces relations. Nous constatons ce phénomène lorsqu'un patient s'engage raisonnablement dans un traitement et montre en même temps par son comportement son non-respect de ses engagements. Une autre partie de lui-même n'est pas du tout en accord avec cet

engagement et le fait savoir, par exemple, par agir. Il faut prendre en compte globalement ces deux parties clivées et tenter de les intégrer.

Vide et négatif

Une autre forme de stratégie est celle du vide [39], du négatif [29, 30, 32-41]. Certains patients ont vécu des expériences émotionnelles si intenses, telles des traumatismes, qu'elles n'ont pas pu être intégrées comme une expérience humaine faisant partie d'eux-mêmes. Elles laissent un vide interne, comme un trou, une absence dans leur histoire. « Un des problèmes majeurs pour l'analyste est donc celui, technique, de l'abord de ces « effets négatifs » irreprésentables des traumatismes qui « n'accèdent plus au souvenir... » [42]. Ainsi, ce vécu ne fait pas partie de leur « capital » et laisse comme un vide interne. Il n'y a pas de représentations de la problématique, elle n'a pas pu et ne peut être pensée. Ce sont, par exemple, les patients qui, enfants, ont vécu des séparations traumatiques avec leur parents, avant qu'ils ne soient en mesure de les mentaliser, ou ont subi des abus, des traumatismes, etc. Ainsi tout se passe comme si leur malaise n'avait pas d'objet ; cependant ce traumatisme va rester actif toute leur existence et interférer leurs relations. Le « matériel psychique » à traiter n'existe pas et ne s'est pas constitué parce que le psychisme n'était pas à même de pouvoir métaboliser (mentaliser) l'événement traumatique. Mme H. n'a pas de souvenir de ce jour où elle quitte ses parents à Paris en pleine guerre ; la seule chose dont elle se souvient est le moment où l'hôtesse l'accueille pour le voyage. À partir de là, toutes ses relations sont teintées d'une intense angoisse d'abandon qui finira par la faire délirer au moment où, alors grand-mère, elle doit partir en voyage. Le travail consistera à donner corps à ce traumatisme qui n'a laissé qu'un vide mais interférant massivement sur ses relations. Ainsi ce qui n'a pas été éprouvé, ressenti ou perçu pourra peut-être émerger au travers du vécu des soignants et à partir de leur mentalisation de ce que le patient a inconsciemment expulsé de lui-même dans l'équipe soignante. Dès lors, le « matériel » psychique peut alors commencer à prendre corps dans le vécu contre-transférentiel des soignants. Le négatif est également le lieu de la destructivité, c'est-à-dire de tout ce qui va à l'encontre de l'alliance thérapeutique ou qui met en échec des projets de traitement dont le milieu est porteur. À ceci près qu'en affectant le milieu cette mise en échec devient accessible au travail de milieu si celui-ci est en mesure d'assumer ce travail du négatif.

Agir

L'agir est un autre mécanisme pour faire face aux angoisses débordantes. La mise en acte amène un certain soulagement par effet cathartique. Le passage à l'acte ou l'*acting out* [43] a déjà été mis en évidence par Freud et repris par ceux qui prendront en soin des patients *borderline*, usant particulièrement de cette défense par l'agir. Ce sont de simples actes violant la mentalisation douloureuse, ou alors plus graves les gestes suicidaires, les prises massives de toxiques ou les actes de violence [44]. Si c'est une manière de gérer ses angoisses, c'est aussi une manière de dire quelque chose sans le penser pour éviter toute mentalisation. Les exemples ne manquent pas : alcoolisation massive avant la fin d'un traitement, *acting* suicidaire au moment de la séparation, abus de toxiques devant un changement de l'entourage, etc. La mise en scène dans le milieu peut permettre, via ses « spectateurs », de penser l'agir pour mentaliser et élaborer les problématiques en jeu.

Fonctions du milieu

Il y a long feu que l'aire de gardiennage des asiles d'antan a cédé le pas à l'aire de jeu au sens de Winnicott, un changement issu notamment du mouvement des communautés thérapeutiques anglo-saxonnes et de la psychothérapie institutionnelle. Comme l'a si bien formulé Hochmann, le coup de génie des fondateurs de la psychothérapie institutionnelle (Tosquelles, Bonnafé, Daumezon) aura été de « faire de nécessité vertu » : il est désormais communément admis que les échanges soutenus à travers de multiples activités sont des opportunités relationnelles qui vont apporter un support aux échanges, et renforcer l'alliance thérapeutique avec les patients que l'on rencontre dans les unités de psychiatrie. Une fonction soignante que Racamier a bien décrit dans la fonction d'aide au moi du patient et celle d'ambassadeur de la réalité. Mais autant la pénurie que l'excès de ce genre d'activités peut se révéler contre-productive : par exemple, l'activisme acharné de certaines institutions qui multiplient les animations peut être vue comme le juste reflet de la défense maniaque de certains patients luttant contre un effondrement qu'ils redoutent. On comprend ainsi la nécessité de considérer ce travail de milieu comme une activité thérapeutique, avec ses indications, contre-indications et ses modalités.

Organisation du travail de milieu

Que fait un soignant lorsqu'il joue au Scrabble® avec un patient ? Où lorsqu'il déluge un schizophrène de son lit pour l'envoyer déjeuner ? Ou encore quand il anime un groupe de parole ? Ces actes soignants, quelles que soient leurs complexités, ont potentiellement une valeur thérapeutique. Si pour certains la valence thérapeutique est clairement identifiable (un groupe de parole), pour d'autres elle ne se repère pas d'emblée : par exemple, sous l'apparente banalité d'une partie de Scrabble®, les soignants les plus avisés savent que, à travers cette activité, ils visent autre chose qu'un simple jeu récréatif. Ce temps partagé, soutenu par cette médiation, sert à renforcer l'estime de soi d'un patient déprimé et à structurer une partie de sa journée. Ces actes visent des fonctions soignantes qui ont leurs indications, contre-indications selon les situations cliniques. Connaître ses différentes fonctions permet d'éclairer notre pratique, et ainsi de cibler l'impact thérapeutique que l'on souhaite avoir sur la pathologie d'un patient.

Ces fonctions que les soignants pressentent utiles par bon sens quand ils accompagnent au quotidien des patients dans un milieu offrent un potentiel thérapeutique qui mérite d'être identifié.

Les cinq fonctions du milieu développées par Gunderson

En 1978, Gunderson publie un article^[3] devenu une référence concernant le travail de milieu. Il a conceptualisé cinq processus thérapeutiques majeurs qui existent couramment dans les milieux résidentiels. Il postule que ces fonctions existent potentiellement dans n'importe quel milieu et sont disponibles pour les patients.

Contention

La première fonction est la contention : trop connue par la crainte qu'elle inspire, la contention aujourd'hui sert avant tout à mettre à l'abri de leurs pulsions certains patients sous l'emprise de mouvement auto- ou hétéroagressif induit par une problématique psychique. Elle est indiquée, par exemple, pour des patients envahis par des idées d'omnipotence risquant à travers leur mégalomanie et leur impulsivité de constituer un

danger pour eux-mêmes ou pour autrui. Elle est indiquée également pour un patient suicidaire qui pourrait passer à l'acte.

Cette fonction, comme toutes les autres, a ses contre-indications : elle peut aussi renforcer la passivité et la régression auxquels certains patients, psychotiques en particulier, peuvent être enclins. Ainsi en est-il de la difficulté des services qui accueillent l'urgence psychiatrique de l'utiliser avec discernement : il faut être dans cette circonstance capable de « contenir sans s'enfermer ».

La contention est la première fonction, et longtemps la seule, autour de laquelle le traitement de la folie s'est organisé : la maîtrise du corps à travers des traitements de choc a été une constante dans l'histoire de la folie^[45]. Bien des abus ont pu être commis en son nom. Aujourd'hui, la contention est appliquée avec plus de discernement dans les établissements psychiatriques, notamment grâce au militantisme des associations de proches, aux nouveaux droits légaux des patients, à la formation accrue du personnel, aux psychotropes, etc.

Si cette fonction de contention reste une nécessité dans certaines situations cliniques, une notion plus actuelle et qui ne cesse de se déployer est celle de fonction contenant. Elle fait référence au concept de holding de Winnicott dans l'objectif de traduire institutionnellement la mise en place d'un environnement sécurisant et facilitant une expérience de maturation^[12]. La fonction de contenance se réfère aussi aux travaux de Bion et Anzieux sur les enveloppes psychiques. Cette « fonction enveloppe » consiste à contenir et à transformer les éléments bruts (bêta selon Bion) que les patients n'arrivent plus à « traiter » dans leur propre appareil psychique, et qui sont expulsés à l'extérieur (pathologie du contenant). Les soignants, dans leur propre appareil psychique, contiennent émotionnellement ces projections. Comme l'affirme Ciccone : « ce qui soigne n'est pas tant de décharger par la parole, ni de voir les fantasmes dévoilés et rendus conscients, ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue »^[46]. Actuellement, nous parlons plutôt de fonction de contenance, qui a l'avantage d'allier éléments de réalité, du cadre et processus relationnel en jeu (transformation).

Soutien

Il constitue tout ce qui contribue à restaurer l'estime de soi, et qui permet au patient de se sentir plus confortable, en sécurité. Ce soutien peut être prodigué par les activités de la vie quotidienne (aide d'un soignant pour une douche, une lessive, ranger une chambre, etc.), ou à travers un processus relationnel, où l'accent est mis sur la réassurance, l'encouragement. Le principe de base est une disposition du soignant^[47] (position interne), une attention authentique à l'égard du patient. L'investissement positif du soignant, en particulier pour des patients blessés narcissiquement, constitue selon l'expression de Racamier « le moteur du soin psychique » : le patient qui sent cet intérêt authentique du soignant pour lui va pouvoir à son tour investir positivement l'activité thérapeutique. C'est une fonction que les massages relaxants remplissent particulièrement bien. L'ergothérapie est souvent identifiée comme un lieu particulièrement soutenant : la médiation à travers un objet qui se construit et qui aboutit à une création personnelle est une expérience particulièrement gratifiante. Les membres de l'équipe stables, tranquilles et plus âgés que les patients sont souvent performants dans ce rôle.

Si cette fonction particulièrement gratifiante pour les soignants est facilement valorisée, elle ne va pas non plus sans contre-indication : trop d'importance donnée au soutien peut confirmer des sentiments d'insuffisance

et de dépendance. Il peut même être toxique pour certains patients *borderline* ou paranoïdes qui peuvent se sentir envahis par tant de bons sentiments à leur égard.

Le soutien est historiquement issu du traitement moral du XIX^e siècle, période instaurée par Pinel, à laquelle on commence à croire à la curabilité de la folie et à la nécessité de traiter les « aliénés » avec humanité. Cette fonction est fondamentale du fait qu'elle s'appuie sur les ressources, la partie saine et active du patient.

Structuration

La structuration comprend tous les aspects d'un milieu pouvant fournir une organisation prévisible du temps, de l'endroit, rendant ainsi l'environnement moins vague et moins menaçant. La structuration s'organise autour de l'établissement d'un programme journalier de soins qui vient organiser les activités journalières, et réguler les échanges entre l'équipe soignante et le patient. Ce programme fait office de cadre clinique pour permettre à un processus thérapeutique de s'y développer. Ainsi, le patient se sent tenu par le *holding* de l'équipe : les soignants à travers leur prévisibilité et leur constance assurent un environnement fiable, continu, cohérent et bien tempéré. Les activités organisées contribuent à régler la distance relationnelle. Elles permettent au patient de savoir qui fait quoi et quand, pour qu'il ne se sente ni seul ni envahi.

Les soignants dont la personnalité inspire l'autorité, à l'aise avec l'agressivité, autant la leur que celle des autres, sont les plus performants pour assumer cette fonction. Ils sont capables pour des patients très désorganisés ou régressés de poser des limites et des repères clairs. La structuration amène une certaine sécurité par sa prévisibilité et ainsi contribue à diminuer les conflits au sein d'une équipe.

En revanche, cette fonction plutôt impersonnelle peut étouffer la créativité, et parfois causer un sentiment de dévalorisation ou même d'infantilisation, autant aux patients qu'à l'équipe. Il est recommandé d'éviter cette fonction dans une période d'investigation : elle peut induire une hyperadaptation chez le patient, ce qui peut cacher une pathologie ou empêcher de capter des observations pertinentes.

Mobilisation

Elle se réfère aux processus qui font qu'un patient prend activement part à son environnement social. Cette fonction engage la responsabilité du patient vis-à-vis de son entourage et s'oppose à la passivité et au retrait, conséquences fréquentes de certaines pathologies psychiatriques. Les communautés thérapeutiques font particulièrement appel à cette fonction en organisant des activités groupales autour de buts communs : préparation d'un repas, sorties, activités sportives, etc. La mobilisation utilise et renforce l'égo du patient, lui permet de rencontrer des pairs auxquels il peut s'identifier, ce qui le soulage d'un pesant sentiment d'isolement.

Les membres de l'équipe qui facilitent la mobilisation sont énergiques, enthousiastes et contemporains des patients. La mobilisation peut être contre-indiquée en causant un sentiment d'invasion insupportable : il s'agit de patients dans une phase aiguë de décompensation ou de patients chroniquement persécutés qui perçoivent l'environnement avant tout comme une menace d'empiétement. L'évolution de cette fonction se fait dans le sens d'une forme d'implication qui stimule la part active du patient dans son traitement et contribue ainsi à renforcer l'alliance thérapeutique à son traitement.

Validation

La fonction de validation est la plus contemporaine. Elle vise essentiellement à affirmer l'individualité du

patient. Cette fonction souligne le caractère unique de chaque être humain et son droit à être ce qu'il est sans qu'on ait d'attentes précises à son égard. La validation trouve sa place principalement à travers la relation double où l'autre est accepté inconditionnellement. Les symptômes, pour autant qu'ils ne constituent pas un risque vital, sont accueillis comme étant l'expression de quelque chose que l'on cherche à comprendre plutôt qu'à supprimer. Ceci demande l'acceptation de l'incompétence, la régression ou la tristesse. La validation dépend des capacités empathiques de l'équipe et de leur tolérance à l'incertitude. Contrairement à la mobilisation, la validation demande d'accepter la passivité des patients, en étant capable pour le soignant de réfréner son désir d'agir. Les soignants les plus à l'aise avec cette fonction sont expérimentés et ont fait le deuil de leur « *furor sanandi* ».

Cette fonction n'est pas indiquée pour des patients en période de décompensation aiguë, suicidaires, ou encore peu capables de s'exprimer verbalement et qui pourraient se sentir négligés, ou confus.

Qualités des fonctions

Le bon déploiement de ces fonctions dans le milieu va dépendre de la capacité des équipes thérapeutiques à les activer dans les projets de soins au moment où elles deviennent indiquées. Loin des standards de traitement, le modèle psychanalytique s'intéresse à l'histoire et aux besoins singuliers de chaque patient, et implique par conséquent une offre en soin différenciée et individualisée. Pour que cet environnement soit thérapeutique, il doit avoir certaines qualités dont les principales sont : la continuité, la fiabilité, la prévisibilité et la cohérence [48]. Ces qualités winnicottiennes sont à entendre selon son terme de manière « suffisamment bonne ».

Continuité

Les soins doivent être perceptibles et s'inscrire dans la durée. Pour les patients pour qui l'expérience du contenant n'est pas acquise, le contenant (le cadre) importe au moins autant que le contenu (le processus relationnel). Ainsi, c'est en instaurant un milieu qui assure une continuité que l'on peut prétendre instaurer des expériences maturantes pour les patients en prenant soin d'éviter la répétition des failles de l'environnement précoce.

Fiabilité

Elle implique une présence régulière et apte à résister à la destructivité de l'objet inhérente à certaines pathologies. Les attaques au cadre, aux liens, au sens, peuvent mettre à mal cette fiabilité. Il faut pour certains patients avoir beaucoup « testé le cadre » d'un traitement avant de pouvoir s'y installer avec soulagement... Et il faut pour certains soignants beaucoup de persévérance et d'expérience pour ne pas se laisser contaminer par des sentiments de découragement et de rejet qu'inévitablement ces comportements induisent.

Prévisibilité

Elle garantit la temporalité du soin, c'est-à-dire qu'elle apporte une certaine certitude, une confiance sur l'avenir. Cette qualité est très en lien avec la fiabilité mais s'inscrit dans l'anticipation. Elle assure apaisement et possibilité de repli et d'appui sur un environnement non menaçant avec lequel il est possible de jouer dans le mouvement rapprochement - détachement.

Cohérence

Les traitements institutionnels engagent de multiples intervenants dans les projets thérapeutiques tant dans l'équipe infirmière que dans l'équipe pluridisciplinaire

(médecin, infirmier, ergothérapeute, assistante sociale, etc.). Il importe que tous ces intervenants se coordonnent régulièrement pour maintenir une cohérence dans le traitement. Racamier définit l'institution thérapeutique comme étant : « un ensemble organisé de personnes œuvrant de façon concertée dans un but de soin » [49]. Les effets de clivage et de projection peuvent rapidement mettre à mal cette cohérence si cette concertation des intervenants ne peut pas se faire dans un processus continu.

De la même manière, les différentes fonctions du milieu peuvent être nécessaires simultanément, mais ne doivent pas se contredire. On évite, par exemple, de vouloir contenir un patient lors d'un épisode psychotique, et en même temps de le stimuler par des entretiens introspectifs.

À ces qualités du dispositif qui garantissent le *setting* d'un traitement s'ajoutent les qualités humaines des soignants qui en sont les porteurs. La créativité, la chaleur humaine, la bienveillance, l'humour, viennent soutenir l'implication des soignants dans ces relations qui d'emblée ne vont pas de soi.

Finalité du travail de milieu

La finalité du travail de milieu vise à favoriser un travail de transformation psychique. Il permet de reprendre une évolution psychoaffective figée par les processus des défenses archaïques. Les stratégies pour y parvenir vont consister à prendre d'abord appui sur une réalité partagée, le milieu. Elle vient calmer l'urgence de certains besoins, offrir un apaisement pour d'autres ou encore soutenir des opportunités relationnelles ouvrant l'accès à des voies plus métaphoriques (psychothérapeutiques).

Ainsi, cette fonction soignante s'appuie sur les activités de la vie quotidienne et s'intéresse au monde externe du patient, faisant ainsi le lit d'une alliance thérapeutique qui permet, le moment venu, de l'aider à s'occuper de son monde interne. Ne pas exploiter cet alliage (interne - externe) réduirait nos interventions à des attitudes exclusivement correctrices, voire éducatives, sans potentialités thérapeutiques durables. Cette articulation entre monde interne et monde externe, bien connue auprès des adolescents en difficultés psychiques [21], continue à constituer un véritable enjeu thérapeutique avec ces mêmes adolescents devenus adultes. Il n'est pas rare de buter sur la pensée opératoire de certains, coupés de toute subjectivité, et qui découragent, pour ne pas dire sabrent, les tentatives à s'intéresser à leur vie psychique.

Les soignants doivent percevoir cette double dimension s'ils entendent « ne pas rester collés » à la réalité concrète de certains échanges. Par exemple, un soignant peut établir avec un patient un programme de soins, et se préoccuper exclusivement du fait que ce dernier s'en tienne à ce qui est convenu dans ce programme (fonction de structuration). Mais ce programme peut faire office de cadre, au sens de Bleger [50], et permettre un processus thérapeutique. Le soignant s'intéresse alors au processus en jeu, c'est-à-dire moins, dans ce cas, au fait que le patient « respecte » son cadre, qu'à la question de comprendre avec lui ce qui le pousse à ne pas s'y tenir. Poser un cadre est une première étape, être en mesure de l'utiliser à des fins thérapeutiques en est la deuxième, autrement plus complexe à mener.

Dans ce sens, les soins infirmiers en psychiatrie ont une valence psychothérapeutique qui ne se discute plus. Racamier l'avait déjà formulé en 1970 : « La psychothérapie des patients psychotiques est une œuvre collective » [14]. Dans ce sens, il n'y a plus à ergoter sur la dimension psychothérapeutique des soins infirmiers en psychiatrie.

Une aire de jeu [51] se dessine, qui permet au soignant d'entrer dans une relation plus exigeante, mais également plus dynamique avec le patient. L'infirmier en psychiatrie, capable d'exploiter ces opportunités, se dégage définitivement de l'unique dimension concrète du soin auquel il s'est longtemps cantonné, pour accéder à une pratique passionnante dans la dimension psychothérapeutique du soin.

Pour permettre à ce processus de s'engager, le soignant doit développer une authentique attention pour le patient. Ceci nécessite une implication personnelle, c'est-à-dire établir une relation de soin éclairée par une théorie à laquelle on puisse se référer pour ne pas se perdre dans des relations rendues incompréhensibles à force de paradoxes, de confusions, comme il est fréquemment possible d'en vivre avec des patients psychotiques.

Ce processus se déroule en trois phases : « d'abord la perception et la réception des vécus du patient. Ce vécu est ensuite hébergé psychiquement par le soignant qui va dans un troisième temps le transformer, le métaboliser. « L'attention allie le mouvement, la conscience et l'émotion, l'intrapsychique et l'interpsychique, le dedans et le dehors de la psyché » [52]. C'est le travail psychique de transformation, le passage selon Bion des éléments β en éléments α . Il s'agit d'une sorte de détoxication qui va s'opérer par l'appareil à penser du soignant, comme la mère pour son bébé, par exemple en transformant un éprouvé non identifié en émotion. Le vécu devient ainsi nommé, humain et représentable. Cette attention favorise la réceptivité du soignant dans ce jeu relationnel. « Seule l'implication permet de comprendre et un sujet qui ne se sent pas compris d'un autre ne peut pas en apprendre quelque chose. On ne peut rien apprendre de quelqu'un même s'il sait tout expliquer. » [53]

La finalité du travail de milieu est de transformer par implication, attention et compréhension le « matériel psychique ». Ces opérations ne nécessitent pas un cadre particulier ou des activités spécifiques ; elles peuvent s'opérer dans tous les interstices du milieu. En revanche, des espaces sont nécessaires pour que la dimension symbolique se travaille : colloques, remises de services, supervision, synthèse, etc. Dans ce sens, la formation a également toute sa place : le cadre théorique est au soignant ce que le cadre clinique est au patient. Pas d'intelligibilité du soin psychique sans cadre théorique.

Compte tenu de la particularité des patients concernés par ces soins de milieu et notamment de leur difficulté à faire une demande, il revient au soignant d'être proactif : on n'attend pas d'un patient schizophrène qu'il fasse une demande de psychothérapie ! Quelque chose doit être proposé au patient, il doit être sollicité. Ainsi, le patient est « invité » à établir un lien, une relation [54]. Le soignant devient un objet attracteur de pulsion [53], première étape de la relation. Le milieu offre un espace idéal pour ce travail proactif passant par les opportunités des réalités quotidiennes qui sont souvent d'excellents médiateurs relationnels.

Nécessité de la dimension concrète

Plusieurs raisons justifient cette approche dont certaines ont déjà été abordées. Nous avons vu qu'il existe une stratégie psychique inconsciente chez le patient pour ne pas être en contact avec sa réalité interne alors trop douloureuse. Cette stratégie consiste à (sur)investir uniquement le concret pour ainsi ne percevoir que cette dimension émotionnelle. Ceci explique aussi le fait que certains patients sont convaincus d'avoir une maladie physique et que les soignants ne les comprennent pas et les traitent mal. De plus, les relations directes avec les soignants peuvent être vécues de manière très intrusive, vu qu'ils sont porteurs de la dimension affective. Ainsi, la réalité concrète partagée permet d'être en relation avec eux dans un contact « ordinaire » pas trop direct

sans qu'il soit établi qu'il s'agisse d'une relation thérapeutique ou d'une forme de psychothérapie.

C'est donc en partant du mode d'expression du patient (concret, environnement, activités, etc.) que l'utilisation du concret va être un levier thérapeutique ou une porte d'entrée en soins. Par exemple, l'environnement thérapeutique peut être un environnement soignant ou un cadre de traitement. Mais il est bien clair que ce concret n'est qu'un levier pour amener progressivement la dimension plus symbolique ou mentalisée qui n'a pas pu s'intégrer. Cette partie du travail se fait par le travail de « psychisation » [22] des soignants du milieu. C'est l'« espace psychique élargi » et la « circulation psychique extracorporelle ». Ainsi, à l'environnement concret du patient vient s'ajouter toute la dimension relationnelle sans que celle-ci ne soit perceptible au premier plan. Les soignants deviennent en quelque sorte des agents doubles du concret et de la vie psychique, non pour tromper leur patient, mais pour leur redonner cette double dimension inhérente à la vie, aux relations humaines et tenter de faire revivre cette partie amputée de leur vie psychique.

Encore une fois pour les patients pour qui la psychothérapie n'est pas accessible d'emblée, cette double valence du travail de milieu, à la fois concrète et symbolique, permet un travail (psycho)thérapeutique si le patient peut l'intégrer. Mais n'oublions pas que quelquefois ce sont des mesures supplétives qui restent à ce stade faute de possibilité de progression. Il s'agit d'être en accord avec les ressources quelquefois très limitées du patient. Nous sommes dans ce cas de figure dans un travail de validation sans autre objectif de progression que d'assurer la vie psychique en évitant les naufrages auxquels leur fragilité les expose. En revanche, lorsque les ressources le permettent, le milieu se doit de mettre en place des stratégies qui favorisent ce travail psychique : l'attraction, l'attention et la compréhension.

Milieu et groupe

Le milieu résidentiel est généralement un espace communautaire, c'est-à-dire celui d'un groupe. « L'hôpital (lieu emblématique du travail de milieu) a abrité les premières expériences thérapeutiques par le moyen du groupe avec les malades psychiatriques ... » [55]. De fait, il y a un lien entre groupe et travail de milieu. L'accent mis sur le travail groupal peut évidemment varier en fonction de la mission, de la patientèle et des choix de stratégie thérapeutique de l'unité. La psychiatrie intermédiaire s'appuie sur le concept de communauté thérapeutique, elle en est le lieu privilégié.

Concernant plus particulièrement le lien entre travail de milieu et groupe, nous relèverons sa contribution à la fonction de soutien entre pairs et la capacité de contenance. Le groupe va aussi favoriser les identifications, la diffraction des investissements, qui deviennent ainsi plus tolérables et moins menaçants. Le groupe permet de travailler les points de rencontres, la « réalité psychique commune et partagée » [55] et les liens entre ses membres. Les espaces groupaux permettent d'investiguer et d'aborder les problématiques que les espaces individuels ne permettent pas. Il s'agit d'un précieux complément.

Résistances et organisation institutionnelle

Investir le milieu, activer ses potentialités thérapeutiques auprès des patients ne va pas de soi. Il est fréquent d'entendre des soignants regretter ne pas avoir assez de temps pour « aller dans le milieu ». Toutes sortes d'arguments sont avancées pour justifier cette indisponibilité. Au-delà des rationalisations telles que manque de temps, de moyens, on peut s'interroger sur des résistances plus profondes : qu'est-ce qui alimente ce manque de motivation chez le soignant à aller s'aventurer sur ce terrain-là ?

Connaître ces résistances permet d'adapter une réponse institutionnelle de sorte que ce travail soit reconnu dans son utilité et soutenu dans sa réalisation. Il importe que le travail de milieu ne reste pas qu'une théorisation, peut-être intéressante, mais sans effets sur les soins aux patients. La théorie doit soutenir un vrai travail clinique.

Peur de la folie

La rencontre au quotidien avec des patients psychotiques est une expérience déstabilisante. Le fou fait peur, on pense d'emblée à la violence, à sa soi-disant dangerosité... une vraie fausse piste sur laquelle on ne va pas s'engager. Ce qui nous intéresse, c'est plus ce que peuvent nous faire éprouver psychiquement ces patients, qui peut insidieusement nous donner envie de les éviter. Par exemple, en se réfugiant dans un bureau : « vous êtes tout le temps dans votre aquarium »^a, un reproche venant de patients qui perçoivent bien ce mouvement défensif. De quoi se défendent ces soignants ?

Hochmann a bien décrit ces sentiments envahissants que l'on peut éprouver au contact des patients psychotiques : « le sentiment de vidange, le sentiment d'invasion, le sentiment de réduction à l'absurde » [56]. Ainsi s'installe dans nos relations un malaise, de l'angoisse, de la confusion, qui vont venir troubler notre rencontre avec ces patients. Le soignant va se sentir tour à tour inutile, malvenu, ou à l'inverse envahi par une avidité sans fond, un vide abyssal. Ses bonnes intentions sont mises à mal et le doute s'installe. D'abord vidé de son énergie, puis envahi par ce que le patient va venir déposer chez lui par des phénomènes tels que l'identification projective, le soignant risque de perdre ses repères internes, son idéal de professionnel et se retrouver désillusionné quant à sa valeur professionnelle.

Le travail dans le milieu expose particulièrement les soignants à ce genre de phénomènes. La proximité relationnelle et l'absence d'un cadre formel pour entourer ces échanges peuvent expliquer la difficulté à maintenir la bonne distance dans la relation, sa capacité réflexive, voire sa capacité de penser. La confrontation au groupe est également un exercice difficile : il arrive fréquemment dans des unités résidentielles de faire face à une dynamique pesante avec des patients chroniquement insatisfaits. Surmonter l'insécurité que ces situations peuvent susciter chez les soignants, en particulier les plus inexpérimentés, est un exercice qui peut s'avérer difficile, et la tentation peut être grande de battre en retraite, en s'occupant dans le bureau infirmier à toutes sortes de choses, l'excuse soignante... qui viennent nous éloigner de ces patients.

Une jeune stagiaire très engagée auprès des patients passait beaucoup de temps dans le milieu à se proposer pour toutes sortes d'activités. Elle était très appréciée autant des patients que de ses collègues, tout le monde saluait son implication et son énergie. Contre toute attente, elle est venue après quelques semaines trouver le responsable de l'unité pour lui faire part de son souhait de mettre fin prématurément à son stage : elle était épuisée par tout ce que ses relations lui faisaient vivre (phénomène d'invasion). Elle n'avait pas mesuré l'impact affectif que cette expérience professionnelle lui demandait, et malgré le bon contact apparent qu'elle entretenait avec l'équipe, elle n'a pas pu partager cette difficulté qu'elle n'arrivait pas à percevoir.

Besoin de maîtrise

Face à l'énigme du patient psychotique parfois si difficile à comprendre dans ce qu'il vit, il est tentant de renoncer à entrer dans la complexité de la psychodynamique pour se consacrer à des soins plus structurés et

^a « L'aquarium » est le bureau infirmier vitré.

visibles qui viennent nous rassurer sur nos compétences. Le phénomène est le même que pour certains patients : la tentation de se rabattre essentiellement dans une réalité « objectivement » perçue, au détriment d'une subjectivité mal assumée. Quand le psychisme doute, il a besoin de concret ! Apprendre une technique de soin corporelle (un pack, un massage), acquérir des méthodes pour mener un entretien (motivationnel, thérapie cognitivocomportementale) garantissent un savoir-faire qu'il est rassurant de maîtriser et des pratiques bien perceptibles plus faciles à faire valoir.

Ces compétences sont nécessaires mais pas suffisantes pour établir une vraie relation humaine, dont la qualité du lien établi va être déterminante pour construire une alliance thérapeutique. Faire une promenade, partager un repas ou d'autres activités peut-être banales sont les leviers les plus accessibles pour nouer cette relation. Il y a là un risque de confondre simplicité et banalité, et de paradoxalement négliger l'un des principaux supports thérapeutiques d'un milieu résidentiel. Les soignants les plus expérimentés savent exploiter ces opportunités pour engager des relations riches et créatives. Pour Winnicott, (re)trouver la santé psychique c'est (re)trouver une capacité de jouer : « En psychothérapie, à quoi a-t-on affaire ? À deux personnes en train de jouer ensemble » [51]. Ajoutant à cela que « la psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute ». On s'éloigne de la table de ping-pong pour s'approcher d'une aire de jeu symbolique aussi importante qu'invisible. Les soignants qui peuvent se reposer sur des objets internes solides et tranquilles sauront exploiter la banalité du quotidien pour favoriser ce processus thérapeutique.

Réponses Institutionnelles

Comment un lieu de soins s'organise-t-il pour que ce travail dans le milieu occupe sa juste place d'agent thérapeutique actif ? Il importe en premier lieu que ce concept soit intégré dans la philosophie de soin. Un modèle communément admis considère qu'une pratique de psychiatrie institutionnelle utilise plusieurs modalités thérapeutiques [35] dont les quatre principales en sont :

- la thérapie individuelle ;
- la thérapie familiale et contextuelle ;
- la thérapie du milieu ;
- la thérapie psychopharmacologique.

Chaque axe occupe une ou des fonctions thérapeutiques dans le cadre d'un traitement global assurant la cohérence de chaque intervention.

La thérapie de milieu, à l'instar des autres axes, doit faire l'objet d'une organisation institutionnelle. En premier lieu, les concepts doivent être posés et portés par les responsables cliniques. Ceux-ci, en portant attention à cette activité de milieu, encouragent les soignants à investir cette dimension de leur travail. Certains lieux tels les supervisions, colloques, remises de service viennent ouvrir les espaces de réflexion indispensables, qui permettent de se dégager de la dimension concrète du soin pour donner du sens à cette pratique. Ces lieux doivent être accessibles au personnel le moins qualifié, qui, dans bien des endroits, participe activement à cette tâche.

Le fondement du travail en équipe consiste à intégrer dans la dynamique du traitement l'ensemble des acteurs du dispositif de soin, quels que soient leur position dans l'institution ou leur niveau de formation : la question n'est pas le statut des acteurs mais les relations qui s'établissent dans le cadre de ce travail. Par exemple, les étudiants les plus perspicaces savent tirer avantage de cette position plus en retrait qu'ils occupent vis-à-vis des patients. Moins « menaçant » que les médecins ou les infirmiers, l'étudiant peut trouver une place où son soutien est plus facilement accepté par certains patients révoltés et blessés par les circonstances d'une hospitalisation. La mise en commun des différentes perceptions du

patient et des effets qu'il induit en chacun permet de se faire une idée globale de son fonctionnement. C'est un moyen de comprendre comment il rejoue sa problématique dans la scène institutionnelle, et ainsi de construire et mener un projet thérapeutique individualisé et adapté.

La formation constitue une autre « antidote » à la dérive possible, consistant à réduire le travail de milieu à son unique expression concrète et ennuyeuse, sans valence thérapeutique. Comme l'affirme Sapir [57] : « Une institution est soignante pour les patients si elle est un lieu de formation pour ses collaborateurs ». Cette formation est plurielle : elle peut s'organiser à travers une formation théorique, des supervisions individuelles ou d'équipe, un tutorat, un groupe d'analyse de pratique, etc. Le psychodrame analytique constitue un lieu particulièrement formateur permettant de développer des « capacités à jouer » des soignants, rendus un peu inhibés, donc rigides, dans leurs relations par l'anxiété suscitée par les patients. La recherche constitue également un moyen de maintenir une attention et une possibilité d'actualiser cette pratique de milieu face à l'évolution galopante des besoins en soins et des institutions psychiatriques.

Conclusion

Issue d'un passé obscur, celui du « gardien des fous » du XIX^e siècle, la profession d'infirmier en psychiatrie a acquis ces dernières décennies la respectabilité dont elle avait besoin pour devenir une profession à part entière. Au-delà des progrès de la psychiatrie, le développement de savoirs, de techniques spécifiques et de pratiques hors du champ résidentiel a été déterminant dans ce changement. Néanmoins, les soins de milieu restent dans les unités résidentielles un champ d'activité qui ne peut pas être négligé. D'une part parce que les patients bénéficient de la richesse potentielle de ces soins lorsqu'ils sont « mis dans des mains habiles » pour reprendre l'expression de Pinel. D'autre part, ce lieu identitaire propre à notre profession reste une expérience professionnelle incontournable. Entrer en contact avec les patients à travers le milieu fait appel à la capacité d'implication qui constitue le « cœur de métier ».

Il est de la responsabilité de chaque soignant dans sa pratique de répondre aux besoins des patients parmi lesquels les plus démunis. L'enseignement des savoirs et techniques relatifs à cette pratique est aussi nécessaire. Ce champ a également besoin de recherche pour étayer savoirs et compétences nécessaires à sa pratique. Comme certains auteurs sont oubliés pendant une période et redécouverts plus tard pour la pertinence de leurs propos, il en va de même pour la pratique de milieu, un peu oubliée, dont les soins infirmiers ne peuvent se passer.

Actuellement, les concepts psychanalytiques restent probablement le modèle conceptuel le plus approprié comme cadre de référence. Dans leurs récents déploiements et leur capacité à intégrer d'autres professionnels dans des pratiques de soins, ils sont plus adaptés et plus proches des patients dont les besoins en soins trouvent une réponse dans une réalité partagée. Ces concepts psychanalytiques viennent enrichir savoirs et compétences relationnelles des infirmiers quand ils se les approprient.

Les directions, et particulièrement celle des soins, ont aussi la charge d'organiser les soins de manière à faire exister le travail de milieu dans sa dimension thérapeutique. S'il existe un besoin d'environnement adapté pour les patients, un environnement institutionnel et organisationnel doit aussi exister pour les soignants. S'il n'est pas possible de dicter des dispositions personnelles, telles que la réceptivité, l'implication, il est en revanche possible et souhaitable de construire un environnement

de travail favorisant les dispositions propices à une vraie pratique de travail de milieu.



Références

- [1] Miéville C. L'institution psychiatrique, estimation des besoins et demandes. In: Sapir M, editor. *Formation et institution soignante*. Grenoble: La pensée sauvage édition; 1992.
- [2] Esquirol. *Des maladies mentales*. Paris: Baillière; 1838.
- [3] Gunderson JG. Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry* 1978;41:327-35.
- [4] Bion WR, Rickman J. Intra-group tensions in therapy. *Lancet* 1943;2:678-81.
- [5] Main T. *The alignment and other psychoanalytic essays*. London: Free Association Books; 1989.
- [6] Goffman E. *Asiles – Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris: Éditions de Minuit; 1968.
- [7] Jones M. *The therapeutic community*. New-York: Basic Books; 1953.
- [8] Bettelheim B. *Un lieu où naître*. Paris: Robert Laffont; 1974.
- [9] Foulkes SH. *Therapeutic group analysis*. London: Allen & Unwin; 1964.
- [10] Foulkes SH. *Group-analytic psychotherapy*. London: Karnac book; 1988.
- [11] Gunderson J, Will O, Mosher L. *Principles and practice of milieu therapy*. London: Jason Aronson; 1983.
- [12] Stamm I. The hospital as a holding environment. *Int J Ther Commun* 1985;6.
- [13] Sivadon P, Gautheret F. *La rééducation corporelle des fonctions mentales*. Paris: ESF; 1965.
- [14] Racamier PC. *La psychanalyse sans divan*. Paris: Payot; 1970.
- [15] Racamier PC. En psychanalyse sans séances. *Rev Fr Psychanal* 1990;54:1165-83.
- [16] Allanen Yrjö O. *Schizophrenia*. London: Karnac books; 1997.
- [17] Allanen Yrjö O. *Early treatment for schizophrenic patients*. Tampere: Scandinavian University Press; 1994.
- [18] Allanen Yrjö O. Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku project. *Acta Psychiatr Scand* 1991;83:363-72.
- [19] Hochmann J. Réalité partagée et traitement des psychotiques. *Rev Fr Psychanal* 1986;50:1643-61.
- [20] Hochmann J. Un point de vue sur les rapports de la psychanalyse et de la thérapie institutionnelle aujourd'hui. *Confront Psychiatriques* 1986(n°26).
- [21] Jeammet P. Réalité externe, réalité interne, importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. *Rev Fr Psychanal* 1980;44:481-521.
- [22] Botbol M. La psychothérapie par l'environnement. *Psychothérapie* 2006;26:15-20.
- [23] Poletti R. *Les soins infirmiers théories et concepts*. Paris: édition Centurion; 1978.
- [24] Peplau H. *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Paris: InterEditions; 1995.
- [25] Delaney KR. Milieu therapy: A therapeutic loophole. *Perspect Psychiatr Care* 1997;33:19-28.
- [26] Delaney KR. Nursing in child psychiatric milieus. *J Child Adolesc Psychiatr Ment Health Nurs* 1992;5:10-4.
- [27] Cinter F, Allin AC, Panchaud R. Interventions infirmières en soins psychiatriques : monographie sur le travail de milieu. Rapport final de recherche, mars 2009. www.nant.ch.
- [28] Green A. La double limite. In: *La folie privée*. Paris: Gallimard; 1990.
- [29] Roussillon R. L'institution comme dispositif symbolisant, conférence au 2^e congrès international de l'EFPP, Psychothérapie psychanalytique en institution et thérapies institutionnelles, De Haan-Le Coq, BE, 1995.
- [30] Roussillon R. Le médium malléable. In: *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris: PUF; 1991.
- [31] Roussillon R. La psychanalyse face aux situations limites et extrêmes de la subjectivation. Conférence à Lausanne, 1^{er} novembre 2008.
- [32] Brusset B. Métapsychologie des liens et troisième topique. *Rev Fr Psychanal* 2006;70:1213-82.
- [33] Miazza M, Panchaud R. Il y a de l'or dans le soin. *Santé Mentale* 2004(n°85):36-7.
- [34] Söderström D. La fonction de l'hôpital de secteur, défense et illustration. *Rev Med Suisse Romande* 1988;108:839-42.
- [35] Söderström D. Pour une psychothérapie en milieu hospitalier. *Psychothérapie* 1994(n°4):223-8.
- [36] Chartier JP. Conférence à la fondation de Nant, 15 septembre 2008.
- [37] Balint M. *Le défaut fondamental*. Paris: Payot; 1977.
- [38] Gabbard G. Splitting in hospital treatment. *Am J Psychiatry* 1989;146:444-51.
- [39] Winnicott DC. Figure du vide. *Rev Fr Psychanal* 1975;39(11).
- [40] Green A. Psychose blanche. In: *La folie privée*. Paris: Gallimard; 1990.
- [41] Green A. *Le travail du négatif*. Paris: Édition de Minuit; 1993.
- [42] Botella C. La dualité négative du psychisme. In: *Le négatif*. Paris: PUF; 1995.
- [43] Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF; 1981.
- [44] Chartier JP. *Guérir après Freud*. Paris: Dunod; 2003.
- [45] Pous G. *Thérapie corporelle des psychoses*. Paris: L'Harmattan; 1995.
- [46] Ciccone A. Le concept de fonction contenante. *Santé Mentale* 2009(n°135):22-8.
- [47] Ciccone A. L'angoisse au cœur du développement psychique. *Santé Mentale* 2010(n°144):28-33.
- [48] Panchaud R. *Pratique infirmière à Nant*. ESEI Lausanne; 1993 [mémoire de fin d'études de spécialiste clinique].
- [49] Racamier PC. *L'esprit des soins, le cadre*. Paris: Les éditions du collège; 1995.
- [50] Bleger J. Psychanalyse du cadre psychanalytique. In: Kaes R, editor. *Crise, rupture et dépassement*. Paris: Dunod; 2004.
- [51] Winnicott DW. *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard; 1975.
- [52] Mellier D. La fonction à contenir. In: *Objet, processus, dispositif, cadre institutionnel*. Paris: PUF; 2000. p. 425-99.
- [53] Ciccone A. Enveloppe psychique et fonction contenante. *Santé Mentale* 2007(n°7):81-5.
- [54] Schmitt F. Does attachment theory offer new resources to the treatment of schizoaffective patients. *Am J Psychother* 2008; 62:35-49.
- [55] Kaes R. En quoi consiste le travail psychanalytique en situation de groupe. *Rev Psychother Psychanal Groupe* 2006;46: 9-25.
- [56] Hochmann J. Propos sur le contre-transfert avec les patients psychotiques. In: Delion P, editor. *Psychose, vie quotidienne*. Ramonville Saint Agne: Erès; 1998. p. 83-92.
- [57] Sapir M. *Formation et institution soignante*. Grenoble: La pensée sauvage édition; 1992.

R. Panchaud, Directeur des soins (raymond.panchaud@nant.ch).

M. Miazza, Infirmier chef des unités hospitalières.

Fondation de Nant, Secteur psychiatrique de l'Est vaudois, CH-1804 Corsier-sur-Vevy, Suisse.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Panchaud R., Miazza M. Environnement thérapeutique infirmier : travail de milieu en psychiatrie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-705-N-10, 2011.

Disponibles sur www.em-consulte.com

Arbres
décisionnels

Iconographies
supplémentaires

Vidéos /
Animations

Documents
légaux

Information
au patient

Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations

Cas
cliniques