

---

---

# L'ECRIT

---

Service des soins infirmiers du Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) - 1008 Prilly - Lausanne

Numéro 15 (bis)

Décembre 1998

## PARADIGMES INFIRMIERS ? QUELQUES PISTES DE REFLEXION

*« Il faut rendre les choses aussi simples que possible, mais pas plus », attribué à Albert Einstein.*

Puisqu'il s'agit ici de Paradigmes infirmiers, il n'est pas inutile de s'interroger sur les colloques thématiques du mercredi et l'Écrit lui-même, vecteur papier de réflexions infirmières.

Nous nous réunissons régulièrement pour échanger à propos de démarches et questionnements venant d'horizons divers. Ensuite, nous tentons d'écrire à partir de ces rencontres, pour faire trace d'une part, mais aussi pour informer et interroger des lecteurs.

Peut-être pourrions-nous nous intéresser aux effets réflexifs de l'écriture sur l'autre, en terme de lecture.

Quid du lecteur ?

Quel enseignement tire-t-il de ses lectures et comment réagit-il aux travaux des autres ?

Mais aussi, en miroir, quel lecteur suis-je ?

Ou: à partir du texte que je rencontre, que suis-je prêt à consentir comme effort réflexif sur l'écriture de l'autre ? Qualitativement, quantitativement.

Voilà la boucle bouclée !

Il ne s'agit pas d'épuiser la complexité de certaines rencontres, de s'abîmer les yeux sur des mots, des concepts, des empreintes mystérieuses, des repères méconnus. L'enserrer seulement, voir, entendre, sentir ce que l'ont peut, d'abord, et ...plus si affinité.

Le service infirmier du DUPA s'exprime et se pense (se rêve ?) à plusieurs voix. Il se nourrit de la différence, de l'altérité. C'est, de façon simplifiante, l'un de ses paradigmes.

Cette exploration de la différence contient en elle-même la reconnaissance de la singularité: la sienne, qui postule celle de l'autre, et réciproquement.

Cette intention là ne peut faire l'économie d'un soupçon de complexité.

C'est précisément de tout cela dont nous parle le texte de J. Pedroletti.

Jean-Michel Kaision

## Quelques repères

### *Incomplétude*

Le théorème d'incomplétude de Gödel montre qu'un système déductif formalisé ne peut trouver en lui-même la démonstration de sa vérité. Ou encore avec Tarski (logique sémantique): aucun système ne dispose de moyens suffisants pour s'auto expliquer. L'effet papillon ou infime sensibilité aux conditions initiales est l'idée selon laquelle une petite cause peut provoquer de grands effets. Un battement d'ailes de papillon sur la baie de Sydney pourrait provoquer un typhon en Floride.

### *Complexité*

#### *Complexe -compliqué*

*Un Boeing est compliqué. Il est composé de milliers et de milliers de pièces. Chaque pièce a une place et une fonction. Mais on pourrait le démonter et le remonter: ce serait le même Boeing. Les spaghetti al dente: ça c'est complexe. Leur cuisson reste imprévisible et incertaine.*

*Turbulence, chaos, systèmes complexes, auto-organisation... La théorie de la complexité offre de la nature et de la société une image nouvelle.*

*A la vision d'un univers conçu comme une mécanique d'horlogerie s'oppose celle d'un système vivant, à la fois plus instable et imprévisible mais aussi plus ouvert et créateur.*

*Les systèmes complexes dans la nature et la société. Galaxies, cellules, organismes vivants, écosystèmes, société et cultures... A tous les «étages» de la matière, les scientifiques sont confrontés à la problématique de la complexité: d'innombrables éléments en interaction, des logiques diverses qui s'enchevêtrent, des phénomènes d'auto organisation. A. Weinberg.*

---

*« C'était au temps où les dieux existaient, mais où n'existaient pas encore les races mortelles. Or, quand est arrivé pour celles-ci le temps où la destinée les appelait aussi à l'existence, à ce moment les dieux, les modelèrent en dedans de la terre, en faisant un mélange de terre, de feu et de tout ce qui peut encore se combiner avec le feu et la terre. Puis, quand ils voulurent les produire à la lumière, ils prescrivirent à Prométhée et à Epiméthée de les doter de qualités, en distribuant ces qualités à chacune de la façon convenable.*

*Mais Epiméthée demande alors à Prométhée de lui laisser faire tout seul cette distribution: « Une fois la distribution faite par moi dit-il, à toi de contrôler ». Là-dessus, ayant convaincu l'autre, le distributeur se met à l'œuvre.*

*En distribuant les qualités, il donnait à certaines races la force sans la vitesse; d'autres, étant plus faibles, étaient dotées de vitesse; il armait les unes, et, pour celles auxquelles il donnait une nature désarmée, il imaginait en vue de leur sauvegarde quelque autre qualité (...). En tout, la distribution consistait de sa part à égaliser les chances, et, dans tout ce qu'il imaginait, il prenait ses précautions pour éviter qu'aucune race ne s'éteignît.*

*(...). Mais, comme chacun sait cela, Epiméthée n'était pas extrêmement avisé, il ne se rendit pas*

*compte que, après avoir gaspillé le trésor des qualités au profit des êtres privés de raison, il lui restait encore la race humaine.*

*Alors Prométhée, en proie à l'embarras de savoir quel moyen il trouverait pour sauvegarder l'homme, dérobe à Héphaïstos et Athéna le génie créateur des arts, en dérobant le feu (car, sans le feu, il n'y aurait moyen pour personne d'acquérir ce génie ou de l'utiliser); et c'est en procédant ainsi qu'il fait à l'homme son cadeau. Voilà donc comment l'homme acquit l'intelligence qui s'applique aux besoins de la vie.*

*(...). Dans la suite, Prométhée fut, dit-on, puni du larcin qu'il avait commis par la faute d'Epiméthée. » (1)*

*« C'est pourquoi nous pensons que le remède au sentiment d'aliénation nihiliste qui sévit dans notre culture ne consiste pas à tenter de trouver un nouveau fondement; il consiste à trouver une méthode disciplinée et authentique en vue de poursuivre l'absence de fondement, d'aller plus loin dans l'absence de fondement. » (2)*

## **INTRODUCTION**

Le changement de perspectives introduit par la mise en place des nouvelles structures hospitalo-ambulatoires, nous autorise à interroger les modèles, et les références qui nous servaient jusqu'alors de guide, d'aide-mémoire, de pense-bête, etc. Sans cesse nous devons interroger, au regard de l'évolution de notre pratique, les conceptions, les idéologies qui nous servent de garde-fous.

Il n'est pas possible de conduire cette réflexion sans intégrer de nouveaux paramètres qui la rendent un peu plus complexe. C'est l'introduction, par exemple, de l'outil comme co-déterminant de l'analyse d'une situation.

Nous nous inspirons de positions non dogmatiques, hétérodoxes, telles que les scientifiques les plus exigeants peuvent les développer dans leur domaine d'activités. Il s'agit de reconnaître l'incertitude comme dénominateur commun de l'ensemble du champ scientifique. Plutôt que de bétonner des certitudes, il faut ouvrir notre chantier à la question sans réponse, à l'hypothèse sans conclusion. Nous pouvons adopter cet adage poppérien, « une théorie n'est vraie que si elle peut être réfutée ».

Afin de souligner cette dimension, nous rappelons, les « Théorèmes d'incomplétude » de Gödel en logique mathématique (3), « la relation d'incertitude » d'Heisenberg en mécanique quantique, le phénomène « des ailes de papillon » pour les météorologues, et plus près de nous, « la plasticité neuronale » dont « le paradigme computationnel ne peut rendre raison » (4), ou même « la plasticité génotypique qui est à la base de la stase au cours de l'évolution » (5).

Il nous semble donc plus opportun d'interroger la modification de notre champ d'activité à partir des derniers apports des « technosciences », c'est à dire cet abord particulier qui articule la technique et la théorie, qui pense l'outil dans ses rapports avec l'invention scientifique (6).

Ce questionnement aura au moins l'avantage, dans sa difficulté même, de dessiner les contours d'un futur possible, d'une ouverture de notre univers clos à des paradigmes qui ne soit plus fondée sur une « humanisterie » dont l'alibi constitue le frein le plus évident à toutes évolutions. De plus, et sans que ça nous empêche de penser l'identité infirmière, cela ouvre le débat à partir d'un extérieur complexe, riche, hétérodoxe.

## **DEFINITIONS**

Emprunter ses concepts à d'autres disciplines peut avoir pour conséquence d'en exténuier la pertinence. Le discours infirmier est riche de tout un vocabulaire qui, sorti de sa cohérence théorique et pratique, le fait ressembler à un habit d'arlequin déchiré et passé; les exemples sont innombrables du « conflit de couple » en passant par le « transfert » ou le « bio-psycho social ». Cela nous oblige à poser la question des conditions de possibilité d'une théorie globale, holistique qui pourrait rendre compte de l'ensemble de ces champs? Il est clair qu'elle n'existe pas sinon sous la forme bien répertoriée de l'idéologie, de la Weltanschauung dont l'histoire nous a appris qu'elle n'a pas été sans efficacité sur l'avenir politique de l'Europe.

Que la « globalisation » de l'économie mondiale et le leadership américain favorise une « macdonaldisation » de la pensée certes, mais cette tendance n'est pas sans se nourrir de métissages dont la reconnaissance en atténue radicalement le présupposé monopolistique. C'est pourquoi nous pensons plus pertinent de nous appuyer sur des discours plus dialectiques. Ainsi celui de M. Callon qui écrit: « La nature est bonne fille ! Elle se laisse exprimer dans plusieurs discours contemporains et successifs, qui ne sont ni nécessairement cohérents, ni nécessairement compatibles les uns avec les autres » (7).

Donc nous essaierons d'éviter le piège du mimétisme béat mais là encore l'échec ne serait pas obligatoirement rédhibitoire, si tant est qu'il introduise la controverse sur des bases plus rigoureuses.

### ***Réseaux***

Nous prenons leurs définitions dans le champ « informationnel » que M. Castells différencie du champ de l'information en tant que: « Le terme "informationnel" caractérise une forme particulière d'organisation sociale, dans laquelle la création, le traitement et la transmission de l'information deviennent les sources premières de la productivité et du pouvoir, en raison des nouvelles conditions technologiques dans cette période historique-ci » (8).

« Un réseau est un ensemble de nœuds interconnectés. Un nœud est un point d'intersection d'une courbe par elle-même. La réalité d'un nœud dépend du réseau auquel il appartient. (...). Les réseaux sont des structures ouvertes, susceptibles de s'étendre à l'infini, intégrant des nœuds nouveaux en tant qu'ils sont capables de communiquer au sein du réseau, autrement dit qu'ils partagent les mêmes codes de communication. (...). Une structure sociale fondée sur des réseaux est un système très dynamique et ouvert, capable d'innover sans mettre en cause son équilibre » (9).

« L'entreprise en réseau: la forme spécifique d'une entreprise dont l'intersection de segments de systèmes autonomes d'objectifs constitue le système de moyens. Les éléments du réseau sont à la fois autonomes et dépendants du réseau, et par conséquent d'autres systèmes de moyens visant à d'autres buts. La performance d'un réseau donné va donc dépendre de deux qualités essentielles:

- sa connexité, c'est à dire sa capacité structurelle à faciliter la communication entre ses composants;
- sa cohérence, c'est à dire le degré de communauté d'intérêts entre les objectifs du réseau et ceux de ses composants » (10).

« Pour la première fois dans l'histoire, l'unité première de l'organisation économique n'est pas un

sujet, ni individuel (entrepreneur ou famille entrepreneuriale) ni collectif (la classe capitaliste, la firme, l'état). Comme j'ai tenté de le montrer, l'unité est le réseau, composé d'une diversité de sujets et d'organisations, qui se modifie sans cesse à mesure qu'il s'adapte aux environnements et aux structures du marché » (11).

### ***Transdisciplinarité.***

« La transdisciplinarité est la recherche d'un type d'alliance où l'on utilise l'autre pour en apprendre à son sujet, pour mieux comprendre le sens de ce que l'on fait en reconnaissant le choix dont on procède » (12). Elle est la qualité d'un réseau qui s'ouvre à des confrontations dont l'issue n'est pas contenue, comme à priori méthodologique ou textuel, dans l'interface, mais l'invente en même temps qu'elle l'organise. « Les interfaces mobilisent et mettent en relation des mémoires de toutes natures, entre lesquelles elles opèrent greffes, transferts, traductions et transplantations » (13).

Pour que l'interface puisse fonctionner il lui est nécessaire de trouver un langage audible par chacun d'où la notion introduite par Michel Serres, dans *Hermès III*, de « traduction ». C'est le difficile problème de l'articulation entre la « langue naturelle » et le « langage mathématique ». Pierre Berger nous y rend attentif, « l'effet EPR (Einstein, Podolski et Rosen) s'explique très bien dans le cadre du formalisme, mais devient un paradoxe dès que l'on en parle dans la langue naturelle. (...). A cet effet, nous avons considéré qu'entre les deux domaines hétérogènes que sont les structures mathématiques de la théorie et la langue naturelle, il devait exister un domaine intermédiaire par où la structure formelle pourrait se traduire dans la langue naturelle » (14).

Michel Callon le dit peut être plus simplement, en définissant la traduction par:

- « a) elle établit une équivalence toujours contestable, entre les problèmes formulés par plusieurs acteurs dans des registres différents
- b) en mettant en équivalence ces problèmes, l'opération de traduction identifie et définit les différents acteurs humains et non-humains concernés par la formulation de ces problèmes et par leur résolution » (15).

Et si nous sommes dans la difficulté de la langue c'est en même temps pour la confronter à son pendant technologique, l'outil informatique. Articulation qui fait dire à Leroi-Gourhan (16): « Cela conduit à considérer non seulement que le langage est aussi caractéristique de l'homme que l'outil, mais qu'ils ne sont que l'expression de la même propriété de l'homme », sa « prothéticité » telle que la définit Stiegler. Ils constituent dans le « processus d'extériorisation », dans lequel ils sont mélangés. ce que Stiegler nomme une mémoire « techno-logique » qu'il différencie d'une mémoire « génétique » et d'une mémoire « nerveuse » (17).

### ***Causalités***

Nous pourrions comme Léo Ferré nous y invite dans son « Testament Phonographe », « mettre Euclide dans une poubelle ». Cela nous permettrait de quitter cette quiétude qui nous fait énoncer avec le plus grand sérieux que s'il se passe ceci ou cela c'est la faute à Un effet doit avoir une cause et une seule, c'est ce que l'on appelle « la causalité linéaire ».

Le développement de la Cybernétique a introduit la notion de système. Un élément n'est plus la cause d'un autre dans un système particulier, ils sont pris tous deux dans une causalité réciproque, définie comme « circulaire ». C'est l'école de Palo Alto d'où sortiront des penseurs

tels que Bateson et Watzlawick et qui introduira la pensée systémique.

Enfin, à partir des années 1990, au Santa Fé Institute du Nouveau Mexique s'élabore une nouvelle théorie dite de la « complexité ».

Castells nous en précise les implications, «cette perspective semble néanmoins interdire tout cadre intégrateur et systémique. Il faut en effet considérer la méthode de la "complexité" comme un mode de compréhension de la diversité plutôt que comme une métathéorie unifiée » (18). Phrase un peu énigmatique mais qui présente le bénéfice de ne pas clore le réseau par une explication finale qui obligerait chacun à s'y rallier.

Nous verrons plus loin ce que nous pourrions traduire de ces concepts dans le champ de la clinique.

## **PRATIQUES INFIRMIERES**

Si l'emprunt de concepts nouveaux à des champs périphériques à notre pratique pose quelques problèmes, sa nécessité naît de la transformation et de la complexification de notre pratique même.

Ce passage pose d'évidents problèmes épistémologiques. Il peut sacraliser une définition unique d'un concept en négligeant les paradoxes qu'ils couvrent dans son champ d'origine. Par exemple si l'on vante l'horizontalité du réseau, sa fonction démocratique ? Il n'est pas inutile de rappeler que l'outil qui le sert est produit de façon monopolistique (voir les problèmes de Microsoft pour la sortie de Windows 98).

Il n'est pas facile d'intégrer que le langage informatique binaire (0,1) serve à rendre compte d'une réalité trinitaire (deux acteurs spécialisés et leur traducteur dans un réseau). Ceci dit afin de ne pas faire de ce concept l'idée de base d'une nouvelle religion (New Age et consorts) mais au contraire lui conserver sa fonction dynamique.

Il est donc utile de s'appesantir sur ce que les concepts, définis plus haut, peuvent signifier pour nous.

## ***LE RESEAU***

Même si l'on emprunte la compréhension du concept de « réseau » à un autre champ, le « champ informationnel », il a déjà une histoire dans le champ psychiatrique. Sans faire trop long, il est utile de rappeler qu'un certain nombre de thérapeutes de familles ont éprouvé le besoin d'élargir leur thérapie systémique au-delà de la famille nucléaire pour aborder le réseau, définit par John Barnes en 1954, comme « la tribu ».

C'est autour de Mony Elkaim (19) et sa revue « Réseaux, systèmes et agencements » que se mène un débat, auquel participe, Prigogine, Stengers, Cooper, Guattari, Castel, etc..., qui porte sur l'articulation des schémas scientifiques avec les pratiques sociales. Nous poursuivons, à notre façon décalée et naïve, cette confrontation. Qu'il nous suffise, ici, de dire que cette extension de la thérapie systémique au réseau entier, ne correspond pas à la définition que nous entendons donner des réseaux. Ce qui suit devrait éclairer cette divergence.

Si l'on postule que le patient est partie prenante de réseaux multiples (voir une éco-carte), que le réseau de soins n'en constitue qu'une partie à évaluer et dont l'objectif est de l'en rendre

indépendant, la santé est définie alors comme: *l'autonomie du patient par rapport au réseau de soins.*

Le réseau de soins en tant qu'il se définit comme offre en soins, cerne, en même temps, les limites de son intervention par rapport à l'ensemble des réseaux du patient dont celui-ci doit rester responsable. Il est clair, et ce n'est pas nouveau, que nous devrions alors, repenser la notion de chronicité telle qu'elle se vit dans l'ambulatorio dans sa forme peu ou pas contractualisée...

Il n'y a pas de vérités éternelles du réseau parce qu'il est, pour un patient donné, évolutif, capable de modifications contractuelles dans le temps et dans l'espace, susceptible d'améliorations en fonction de nouvelles données, ouvert à des paramètres inattendus (voir l'évolution des prises en charge des patients sidéens depuis l'apparition des tri thérapies, mais aussi pourquoi pas, l'introduction d'unités spécialisées en psychiatrie lausannoise).

Enfin, cette ouverture implique que l'on reconnaisse à l'intérieur du réseau la fonction de la place vacante, de l'énoncé comme témoignage individuel et non comme vérité. L'intégration au réseau de soins de toutes possibilités d'en ventiler les incertitudes, est un des indicateurs de sa libéralité (espace et temps de supervision, temps de formation individuelle et collective, recours à l'éthique, à des experts extérieurs, place de la recherche, par exemple).

### ***LA TRANSDISCIPLINARITE***

C'est à l'intérieur du réseau de soins la capacité des acteurs à construire des interfaces qui confrontent les pratiques et les élaborations théoriques de chacun à l'aune de ce que le patient apporte comme question à chacun, lui compris. Cet enrichissement réciproque, le patient comme ressource dans l'interface, a pour objet la fixation contractuelle d'un but singulier du réseau dans l'ici et le maintenant et la définition de la place de chacun dans le partage des seules valeurs communes à la réalisation de la tâche décidée.

Nous travaillons avec des institutions qui ne partagent pas notre philosophie des soins, cela ne nous empêche nullement de collaborer afin d'élaborer des solutions communes avec un patient déterminé, dans un temps défini.

C'est, vis à vis des réseaux extérieurs, la capacité du réseau de soins d'être ouvert à leur reconnaissance, à des négociations, des passages vers d'autres référents qualifiés, non en fonction de critères soignants, mais en relation avec leur champ propre d'intervention. La loi du réseau de soins ne peut s'appliquer à l'ensemble des autres réseaux. Elle peut juste être l'objet d'échange de points de vue entre les partenaires conjoncturels.

«Le réseau n'a ni centre ni périphérie, il est un système de relations entre des énoncés problématiques qui relèvent indifféremment de la sphère sociale, de la production scientifique, de la technologie ou de la consommation» (20). Cette difficulté à admettre la problématique des points de vue explique bien souvent le recours à l'éthicien, au médiateur comme celui qui serait détenteur de la raison, de la cause.

Dans ce rôle il ne serait alors que la figure toujours renouvelée du malentendu.

Il serait dommageable que nous ne puissions tenir compte des « changements de paradigmes en sciences sociales» (21), que nous n'accompagnions pas nos changements de conditions d'exercice de réflexions s'appuyant sur les dernières hypothèses faites dans les différents champs

qui structurent notre domaine professionnel.

## **CAUSALITES**

Nous sommes habitués aux pourquoi de l'enfant auquel nous sommes accoutumés de répondre « parce que ». Un effet aurait une cause et une seule. « Causalité linéaire » qui trouve vite sa limite quand le bambin insiste et qu'à la fin l'adulte agacé lui adresse un ultime parce que, ne recouvrant plus aucune cause identifiable, installant une tautologie de la réponse au questionnement, pourquoi-parce que, parce que-pourquoi !!

D'une certaine façon, nous retrouvons cela dans les thèses pavloviennes qui fondent certaines pratiques comportementalistes. C'est ainsi que Jérôme Favrod, directeur des soins de Belle-Idée, lors des cours qu'il professe dans le cadre d'AFFORTHEC, fait des infirmiers les « coach du cortex dorsolatéral préfrontal » des patients psychotiques puisque c'est dans cette région du cerveau que se nicheraient toutes les causes de leur pathologie.

Les évolutions des neurosciences induisent un abandon quasi complet des versions les plus localistes des fonctions cérébrales. Elles circonscrivent plutôt l'importance de la « connexité », de la modularité du système. C'est ainsi que les systémiciens ont largement participé au dépassement de ce premier modèle causal pour lui substituer celui de la « causalité circulaire ». Ce modèle a enrichi considérablement l'analyse des interactions dans les familles.

Cependant, outre ses excès, ce modèle présuppose qu'il y a une causalité du système et donc que le rôle du systémicien est d'en rendre compte. On retrouve cette tentation dans un texte récent du Dr F. Seywert (22).

Ce souci d'une cohérence globale continue de travailler les chercheurs. Nous en trouvons un exemple dans le travail de F. Varela et son concept d'« énaction » qui vise à concilier les dernières découvertes des neurosciences et l'expérience telle qu'elle est promue dans la philosophie bouddhiste comme « attention vigilante ». Une tentative voisine est explorée par J. Parnas et P. Bovet dans *Comprehensive psychiatry* (24).

Il semble qu'avec les évolutions des sciences de l'homme nous ne puissions en rester là. Aucun point de vue n'est aujourd'hui capable d'unifier le champ humain. Entre le neuroscientifique qui travaille sur le LCR de patients schizophrènes pour chercher une nouvelle voie neurotransmettrice, la voie glutamatergique et le psychothérapeute qui les reçoit tous les quinze jours dans son cabinet, aucune étiologie commune ne peut être retenue.

Aucun membre du réseau scientifique ne détient la vérité pour l'ensemble des autres. Nous sommes confrontés à une somme de vérités partielles qu'il s'agit, dans le champ clinique, d'articuler dans l'agir collectif des traitements.

La complexité découle de cette évidence, il n'y a pas de raisons universelles de la pathologie qui viendraient soumettre l'ensemble de la vie d'un patient à des causalités opérant uniquement dans chaque registre de son vécu.

Si l'on s'en tient explicitement au registre psychiatrique, il faudrait pouvoir rendre compte, dans une compréhension extensive, de la machinerie neuronale, du vécu subjectif du patient, du système familial et social, etc. Nous avons eu la tentation de le faire dans le passé, il nous en reste quelques traces, mais cette position représente de plus en plus une aporie dont il est clair qu'elle a débouché sur la constitution de féodalités fermées à toutes confrontations positive avec les voisins. Le Dr Bryois parle assez justement d'une tradition de "fécalisation de l'autre".

Le Professeur Borgeat écrit: « La masse de théories popularisées sur la schizophrénie s'avère facilement déroutante pour le lecteur. Le tableau est compliqué par le fait que des données potentiellement pertinentes, bien que souvent contradictoires, proviennent de domaines aussi

divers que la sociologie d'une part et la biochimie d'autre part, en passant par l'anthropologie, la psychologie, la psychanalyse, la psychophysiologie, la neurobiologie, la virologie et la génétique.

Un tel foisonnement illustre bien l'absence d'une théorie étiologique globale qui tiendrait compte de l'ensemble des observations les plus solidement établies. Ce principe général de causalité multiple est encore plus essentiel lorsqu'on aborde les niveaux de fonctionnement ou d'organisation les plus élevées de l'être humain. (25).

C'est dire qu'il n'y a pas de Deus ex Machina qui aurait la compréhension et la responsabilité pleine et entière de la conduite de toute la vie d'un patient.

En même temps, dans ce renversement modeste, nous restituons au patient une complexité dont nous n'avons pas les clés et dont il est, à sa façon, responsable. Il n'est plus simplement l'objet d'un soin qui reste d'ailleurs à évaluer, mais il redevient, ce qu'il n'aurait jamais du cesser d'être, un partenaire qui modifie l'interface en même temps qu'il en est changé, au même titre que les autres contractants.

Il n'est jamais simple de donner une vue topologique d'un tel système. Après y avoir un peu réfléchi, nous utilisons une figure connue: « le nœud borroméen ». Pour en souligner la nécessaire porosité, nous avons dessiné les cercles, habituellement clos, en pointillés (voir schéma page 13). Cette représentation topologique ne va pas de soi. J. Lacan l'utilise dans un nouage rigoureux pour rendre compte des articulations entre le Réel, le Symbolique et l'Imaginaire; son utilité provient de ce qu'elle peut figurer « la thirdness (tiercéité) de Pierce » c'est à dire quelque chose qui a à voir avec le je tu il du récit humain, ou encore cette équation générationnelle qui veut qu'un plus un égal trois (26).

### ***FREUD REVEILLE-TOI, ILS ONT PERDU LE DIVAN !***

S'il est une trouvaille géniale dans la pratique de Freud, initiée par une clinique avertie des hystériques, c'est bien d'avoir défini une organisation spéciale de l'espace de la cure. Introduisant l'outil du divan, il peut alors assigner à la parole du patient sa fonction centrale.

Qu'il ait été envisagé de métaphoriser le divan, toutes les thérapies institutionnelles s'y sont essayées avec des résultats pour le moins discutables (cf. Racamier).

Toutefois il nous faut reconnaître que nous avons allègrement confondu, y compris contre l'enseignement freudien, compréhension et offres en soins.

Il serait crédible de tenter d'articuler de façon plus pertinente les hypothèses et les conditions de leurs pratiques. Quel sens peut avoir une hypothèse analytique dans un cadre institutionnel qui ne postule aucun setting de cette sorte ? Si l'hypothèse est défendue elle doit l'être dans la délégation à un collègue congruent. Il en est de même des visées systémiques qui, en se refusant les moyens qu'elles postulent, contribuent à une banalisation déplorable de ses acquis.

Dans un autre registre, comment peut-on penser l'universalité d'un concept, la schizophrénie par exemple sans le rapporter aux conditions concrètes de son traitement ? Je pense notamment au « Diabatigé »- grande frayeur des Bambaras ethnies de la boucle du Niger - équivalent sémantique de la schizophrénie mais dont le traitement n'a rien à voir avec celui de nos hôpitaux occidentaux.

Cela nous oblige, sans disqualification à posteriori, à remarquer que le professeur Müller a élaboré sa théorie de la « psychothérapie des psychoses » à partir de l'observation documentée et

d'une prise en charge de plusieurs centaines d'heures d'un patient; P. Duperrex, qui est resté 35 ans à l'hôpital de Cery. Lors de son décès le professeur Müller écrira naturellement, « je perdis un ami qui me tenait à cœur » (27).

Nous avons tous, au centre de notre expérience clinique, et cela fonde notre identité de soignants en psychiatrie, ce rapport aux patients, enserré dans les carcans réciproques de la chronicité partagée. Nous appelons cela notre humanisme, mélange de bonne camaraderie et de bienveillance.

Dimension du lien qui n'est pas à négliger mais à replacer dans un contexte contractualisé où quelque chose de la technique, de la cuisine, vient s'inscrire. Cela ouvre à l'évaluation de la dimension thérapeutique non dans l'appréciation des compétences personnelles du soignant mais dans la mise en perspective du setting et des buts poursuivis.

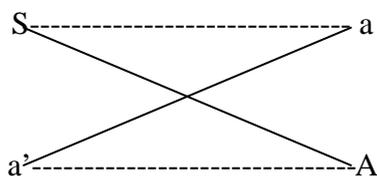
### **RELATION: RAPPORT AMOUREUX; RAPPORT THERAPEUTIQUE ?**

Cela nous permet de remettre sur le chantier cette bonne vieille relation dont le prétexte fait taire ceux qui n'y sont pas, d'autant quand elle est qualifiée de « privilégiée ». Là le travail de déblaiement est d'importance au vu de l'encombrement des textes infirmiers psychiatriques en cette matière.

Ce texte ne peut prétendre à l'impartialité mais simplement remettre quelques baudruches à leur place plus carnavalesques que thérapeutiques. Nous pouvons nous disculper en constatant que l'essentiel de ce que les infirmiers racontent sur la relation, est issu de l'« ego psychology », « moi fort », etc... conforté, il est vrai, par toute une tradition philosophique du sujet réflexif qui va de Descartes à Kant, arc-bouté sur une tradition amoureuse romantique (voir la figure du lierre dans Roméo et Juliette, mythe originaire de Verone).

Si l'on s'approche de trop près de cet ego, il éclate. Que ce soit dans l'analyse transactionnelle qui distingue le moi-parent, le moi-enfant, le moi-adulte, ou dans la phénoménologie qui sépare un ego empirique d'un ego transcendantal sous le chapeau d'un ego pur, ou encore dans les topiques freudiennes qui repèrent d'abord un moi, un sur-moi et un ça, puis qui se complexifient en y ajoutant un moi-idéal et un idéal du moi. Soit à ridiculiser inutilement les recherches qui inspirent nos discours, acceptons la complexité, quelqu'en soit la difficulté d'en rendre compte.

Rappelons ce schéma de Serge Leclaire qui, dans sa simplicité, indique les premiers paradoxes de l'être à deux et cela sans médiation d'un divan analytique qui pose bien d'autres problèmes (28).



Soit S, l'un, a, la représentation qu'il a de lui-même, A, l'autre et a' sa propre représentation. Cela désigne deux voies possibles, de S - A et de a - a'.

A ce stade, il met déjà en évidence la difficulté d'une compréhension de l'autre et l'ambiguïté fondamentale d'un concept telle que l'empathie quand on en fait le moyen privilégié de la thérapie.

Les travaux de Krause à Heidelberg sur les attitudes réciproques du thérapeute et du patient

indiquent que les thérapies les plus efficaces, quelque soit leurs références théoriques, sont celles où les divergences de mimiques entre le soignant et son client sont le plus accentuées. La réciprocité, des mimiques homéostatiques des deux partenaires, signe un échec de la thérapie. L'empathie, l'attitude en miroir, outre qu'elle raconte certainement une histoire autour du bonheur du soignant, semble bien incapable de légitimer le caractère thérapeutique d'une relation.

Il faudrait y ajouter toute une litanie sur le langage et ses contenus signifiés et signifiants, pour s'entendre sur le fait qu'en étant des « professionnels » de la relation, nous en éludons le plus souvent les aspects franchement problématiques. Et nous n'en sommes pas encore au champ psychiatrique où la communication reste encore plus ardue, plus difficile (voir les débats passionnants sur les settings avec les patients délirants, (Grivois, Chambon, Naudin) (29-30-31).

Si nous pouvions donner une définition congruente avec ce que nous tentons de développer ce pourrait être: « *La relation est un ajustement réciproque et variable, dans un temps et un espace contractuellement décidé, d'une demande de traitement d'un patient, aussi énigmatique soit-elle ! et d'une offre en soins identifiée d'un soignant ou d'une équipe* ».

Cela ne met pas en cause les interlocuteurs, seulement le cadre contractuel qu'ils ont établi ensemble. Cela permet de préciser, pour nous, l'offre en soins dans une unité spécialisée, donc de l'évaluer en fonction de sa capacité à répondre à la demande des patients, mais aussi d'en limiter la pertinence avec comme corollaire un nécessaire renvoi à d'autres pour des demandes que nous n'avons pas les moyens de satisfaire, pour des raisons de compétences ou simplement de limitations des moyens dont nous ne sommes pas toujours responsable. « Le soigner mieux avec moins » a des limites cliniques aussi.

### **CONCLUSION PROVISOIRE**

Il ne s'est agi que de définir une nouvelle façon d'intégrer les soins infirmiers dans un corpus théorique présent ailleurs. Ce qui tranche des rapports précédents entre un corpus théorique et ses applications pratiques, c'est qu'ici rien ne vient faire modèle, référence universelle pour l'ensemble des actants. La complexité oblige à repérer pour une situation de soins particulière les éléments significatifs, patient compris, qui constituent le réseau; aux participants d'en définir, dans l'ici et le maintenant, les objectifs.

Nouveauté repérable, il ne s'agit pas de définir des contenus, une certaine philosophie de l'homme, des théories de soins bio-psycho-sociales, mais plutôt des mises en relations, des interfaces entre un patient-client et une institution ambulatoire-hospitalière, prestataire de soins. C'est dans ce nœud que se joue quelque chose d'une dialectique nouvelle entre la théorie et la pratique, incluant l'outil (institution, matériel, etc...), postulant qu'aucun point du réseau n'est détenteur d'une quelconque supériorité sur les autres points. La question n'est pas de savoir à priori si la théorie est bonne mais de savoir quelles sont ses modalités et ses possibilités d'application. Ce point ne règle pas l'épineuse question de la recherche, qui, pour être infirmière, n'est pas fondamentale (dans le sens d'élection d'un objet et de définition spécifique, concepts spécifiques par exemple).

C'est l'ouverture à une qualité des soins qui n'est pas une perpétuelle remise en cause des professionnels, mais une confrontation avec leurs méthodes. L'idée n'est plus d'accréditer ou pas une « relation privilégiée », mais d'en interroger la contractualité. C'est la qualité de la

négociation qui est interrogée, pas la qualité des négociants dont ils conservent seuls la responsabilité.

Cette pratique du réseau est déjà effective, et ce n'est pas un hasard si elle s'est développée dans le secteur de la psychiatrie de liaison.

Il manque une revue de détails des théories et des pratiques qui nous ont étayé jusqu'alors, nous pensons particulièrement au champ des psychothérapies institutionnelles. Etapes nécessaires de la réflexion sur la iatrogénéité des institutions quelle qu'elles soient, mais qui, dans leurs visées totalisatrices et maternelles, semblent avoir délaissé la responsabilité du patient dans son histoire.

Il manque aussi une réflexion sur l'histoire de la pensée infirmière qui devrait mettre en valeur les modèles sous-jacents, la pensée de Teilhard de Chardin pour V.Henderson, la psychanalyse de Sullivan pour Peplau ou encore les mouvements de libération de la femme pour M.F. Collières.

Certains penseront qu'il est un peu cavalier de procéder ainsi, l'objectif étant, en première instance, de sensibiliser nos collègues aux évolutions externes et à la nécessaire réflexion que cela doit conduire. Dans ce double mouvement de la spécialisation et de la complexification, il s'agit de tenir les deux extrémités sinon nous risquons de bétonner des certitudes partielles. Nous avons été assez souvent accusé d'être des chiens de garde, il serait mal venu que, sous une forme nouvelle, nous en renouvelions la dimension.

Certains y verront la marque d'une grande irresponsabilité, s'il n'y a pas de causalité repérable, il n'y a plus de chef, plus de conduite assurée du traitement, que vont devenir les patients abandonnés aux aléas d'une vie invertébrée ?

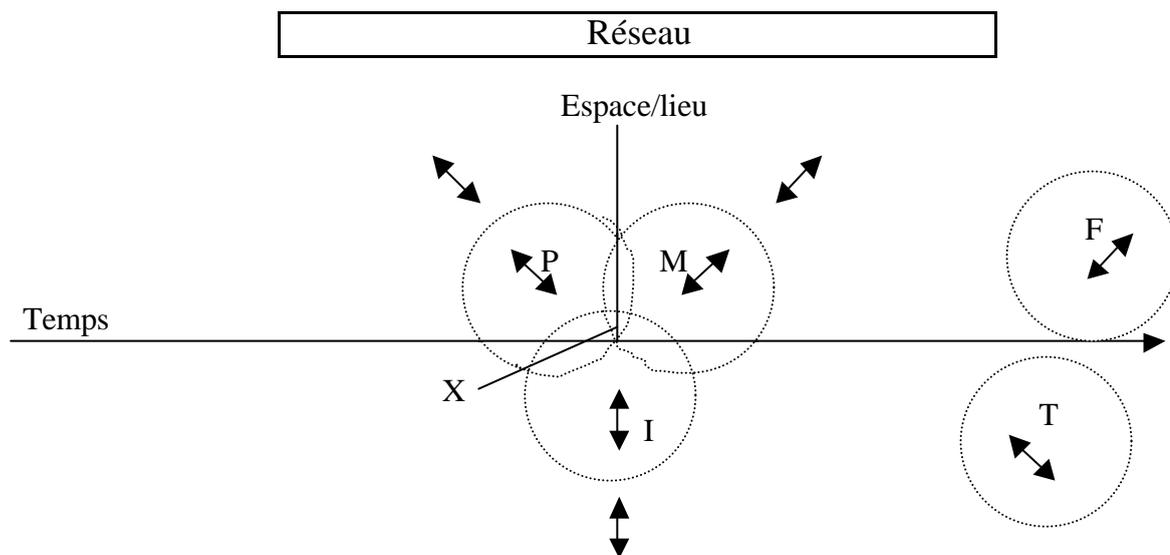
Il n'y a de réponses que de la responsabilité de chacun, dans le réseau, de faire ce pourquoi il est fait. Nous quittons, là encore, l'idée d'une équipe, équivalent parental, pour des prises en soins, qui sacrent en même temps le patient comme unique et le soignant comme engagé personnellement dans le soin.

Petit à petit la psychiatrie publique se détache de nombreuses missions que la société lui confiait et particulièrement celle d'un contrôle social. Si l'on est atteint d'une pathologie mentale et délinquant, nous n'avons plus la responsabilité de tout traiter en même temps et dans un même lieu. Les anciens infirmiers nous racontent que le plus sûr moyen d'évasion était de se faire muter depuis la prison à Cery, dans la division des « judiciaires ». L'évolution des droits des patients nous libère du souci d'inclure dans nos préoccupations thérapeutiques la protection de la société dans sa dimension juridique et policière.

Nous invitons à la modestie, liée à la reconnaissance qu'un lieu et une équipe délivre un soin dont la qualité peut s'évaluer, mais qu'ils ne peuvent s'ériger en détenteur universel de la prise en soins et qu'ils doivent ouvrir leur réseau à d'autres, qu'ils aient ou non une philosophie identique. Un texte n'a jamais rien résolu, que ce soit la question du lien, celle de la chronicité, paramètres incontournables, il nous faut simplement accepter de les aborder de façon nouvelle. La nouveauté ayant ici, nécessairement, une mémoire nous engageant dans la gestion décalée d'un héritage (les théories systémiques, les thérapies institutionnelles, l'histoire des institutions, etc...) mais aussi la capacité à repérer sur les marges d'un système contemporain, les laisser pour compte.

Car l'ouverture des réseaux à la circulation du témoignage ne doit pas nous faire négliger ceux à qui le silence est imposé. A ce titre une étude de Lowell constatait qu'environ 30% des homes à New-York étaient schizophrènes et que leur seul lien avec le réseau social intervenait au moment de la distribution des pensions. Tout le reste du temps ils vivaient dans un monde quasi autarcique. Il est de notre responsabilité, tout en ouvrant les structures de soins aux réseaux, de penser les phénomènes d'exclusion, sans revenir, pour autant, à des considérations passéistes.

Schéma



Soit P le patient, M le médecin, I l'infirmier, F la Famille, T la sphère professionnelle et X l'interface.

### NOTES

- (1) Platon, Protagoras, in Bernard Stiegler, La technique et le temps, Tome I, La Faute d'Epiméthée, Galilée, 1994, p 195
- (2) Francisco Varela et al, L'inscription corporelle de l'esprit, Seuil, 1993, p 335
- (3) François Dosse, L'empire des sens, la découverte, 1995, p 105.
- (4) Francisco Varela, ibid, p 133.
- (5) ibid, P 259.
- (6) voir Bruno Latour, Nous n'avons jamais été modernes, La Découverte, Paris, 1991. Michel Callon, La science et ses réseaux., La Découverte, 1989. Leroi-Gourhan, Le geste et la parole, Albin Michel, 1964 Heidegger, Etre et Temps, questions IV, Gallimard, 1976

- (7) Michel Callon, *ibid*, p 9
- (8) Manuel Castells, *La société en réseaux.*, Fayard, 1996, p 43
- (9) Manuel Castells, *ibid*, p 526
- (10) Manuel Castells, *ibid*, p 207
- (11) Manuel Castells, *ibid*, p 237
- (12) Isabelle Stengers in François Dosse, *L'empire du sens, la Découverte*, 1995, p 387 (13) Bernard Stieger, *La technique et le temps, T2, la désorientation*, Galilée, 1996, p 210
- (14) Pierre Berger, *Traduction intelligibilité et mécanique quantique*, in *Césure*, revue de la convention psychanalytique N°1, 1991, P 86. (15) Michel Callon, *ibid*, p 81.
- (16) Leroi-Gourhan, *Le geste et la parole*, Albin Michel, 1964, tome 1 p 161
- (17) Bernard Stiegler, *La faute D'Epiméthée*, *ibid*, p 185.
- (18) Manuel Castells, *ibid*, p 91
- (19) Mony Elkaï m, *les pratiques en réseaux*, éd.ESF,1987.
- (20) M. Callon, *l'opération de traduction comme relation symbolique*, in F .Dosse, *ibid*, p 27. Marcel Gauchet, *le débat no50*, août 1988,-Û1~, F.Dosse, *ibid*, p 163.
- (22) Fernand-Seywert, *Hôpital psychiatrique et pensée systémique. Thérapie familiale*, Genève, 1997 vol.18, p 165-180
- (23) F. Varela et al, *ibid*, p 207
- (24) J.Pamas, P.Bovet, *Research in psychopathology: Epistemologic issues*, in « *Comprehensive Psychiatry* »,vol.36N°3, 1995, P 167-180. « The relations between the organism and its environment is of an enactive nature, and the distinction between what is intrinsic and extrensic to a system is a function of observational perspective.»
- (25) Pr F .Borgeat, in *la schizophrénie expliquée de P.Lalonde,G.Morin*, 1988.
- (26) D.R.Dufour, *Les mystères de la trinité*, Gallimard, 1990, p 137.
- (27) Pr Müller, de *l'asile psychosocial*, Payot, 1993.
- (28) Serge Leclair, *Ecrits pour la psychanalyse, diableries*, Seuil, 1998, p 102. (29) O.Chambon, M.Marie Cardine, *les thérapies cognitivistes des psychoses chroniques*, Masson, 1994
- (30) H.Grivois, *urgence folie, les empêcheurs de penser en rond*, 1996
- (31) Jean Naudin: *Phénoménologie et psychiatrie, les voix et la chose*, PUM, 1997.

Jérôme Pedroletti, novembre 1998.