

Le prendre soin a-t-il une langue ?

Il m'est difficile de témoigner de mon expérience soignante en psychiatrie actuellement (urgences psychiatriques, CMP) sans aborder certaines difficultés rencontrées par le soignant, liées à différents facteurs et pouvant occasionner une souffrance au travail.

Carole Favre,
Infirmière
en psychiatrie

Parmi ces facteurs, nous en connaissons déjà quelques uns : la désinstitutionnalisation des services publics intra hospitaliers, la réorganisation des services de psychiatrie, la pénalisation du nombre de lits par secteur, la réduction des temps de séjour, le manque de développement des structures extra hospitalières, les pratiques de soins marquées par les politiques sécuritaires. Les conditions de travail sont, par les agents, souvent jugées mauvaises par rapport au potentiel humain gâché et aux politiques budgétaires, de gestion et d'organisation du travail.



Les conséquences se font rapidement sentir auprès des professionnels qui ne se considèrent plus comme des sujets agissant dans une équipe ou dans une institution mais comme des instruments à la disposition des besoins institutionnels. Le patient glisse lui aussi de la place de sujet à la place d'objet (bon ou mauvais). Certes il représentait déjà un coût ou un bénéfice, il représente également un enjeu autour des bons et mauvais soignants, un instrument clinique parfois déconsidéré sur le plan subjectif. Alors que le discours soignant s'étoffe au travers d'expériences institutionnelles du soin, la

parole du soignant, elle, se veut plus réservée quand elle devrait témoigner de sa subjectivité. Elle est peu ou pas entendue car elle a peu ou pas d'interlocuteurs.

Bien que sont de plus en plus abordées les notions du « care » et du « cure », le « prendre soin » au sens large, dans une temporalité qui ne se réduit pas nécessairement à l'aspect interventionniste préventif ou curatif de la crise (prendre soin, c'est aussi réfléchir au lieu dans lequel on travaille, créer des réseaux de partenaires, de réflexion soignante...), les personnels soignants, eux, se vivent de plus en plus souvent démunis face à des dispositifs de soin ou le « prendre soin » se réduit parfois à la gestion de la crise.

Les infirmiers, progressivement isolés dans leurs pratiques et dans leur réflexion clinique, se réfugient derrière des attitudes « standardisées ». La parole et l'acte soignant réagissent à des réalités de moins en moins envisagées dans leurs processus, leur globalité mais plutôt dans leurs aspects critiques : la rupture de traitement, un rendez-vous médical raté, le risque suicidaire... La réponse soignante se caractérise et se réduit alors aux outils de travail dont elle dispose à l'origine pour réfléchir et entreprendre le soin : les Visites à Domicile, les protocoles...

A ces facteurs, s'ajoute la question de la retranscription informatique de l'activité soignante avec les nouveaux logiciels qui, dans ce cadre, impose à l'élaboration du travail soignant une donnée supplémentaire non négligeable puisque très codifiée et restrictive elle aussi, car la plupart du temps, nous le savons, la retranscription de l'activité ne rend pas compte de l'activité réelle.

L'institution ne perd plus de temps à discuter du temps qui lui est nécessaire pour être opérative. Les temps passés lors d'un entretien infirmier par exemple, ou encore lors de l'accompagnement d'un patient vers l'hospitalisation, ne sont ni quantifiés, ni retranscrits (les outils informatiques de retranscription ne prennent pas

ces données en compte). Or, la charge pour les soignants, lorsqu'elle n'est ni supervisée ni entendue, demeure ; émotionnelle, psychique, physique parfois, elle se retrouve basculée en systèmes défensifs plus ou moins opérants : refoulement, banalisation, déni...

La clinique se voit elle aussi de plus en plus réduite à des terminologies qui visent à simplifier ou à généraliser des problématiques individuelles qui demeurent vagues sur le plan diagnostique : bipolarité, conjugopathie, IMV (Intoxication Médicamenteuse Volontaire), hyperventilation psychogène...

La combinaison de tous ces paramètres nous invite à considérer les incidences qu'il peut y avoir lors de la rencontre avec un patient (aux urgences par exemple), sur la manière de traiter les informations qui nous sont données de recueillir et les actes accomplis au quotidien, la manière que nous avons de les retranscrire et de les transmettre de façon à rester le plus fidèlement possible attaché à la réalité de la personne soignée. Le risque étant avant tout l'uniformisation de l'accompagnement soignant et l'appauvrissement les échanges cliniques.

Bien évidemment, tout comme les pathologies mentales telles qu'elles sont enseignées aujourd'hui notamment dans les IFSI* ne sauraient se réduire à un transparent PowerPoint, la réflexion soignante ne saurait se réduire aux outils de retranscription de l'activité qui, paradoxalement sont là pour valoriser cette dernière auprès des tutelles.

Cela étant dit, si les outils langagiers utilisés pour la retranscription de l'activité ont pour mission de rendre compte d'une activité soignante (aussi démunie soit-elle sur le plan de la terminologie informatique), le langage clinique, lui, ne saurait s'en contenter pour rendre compte d'un vécu soignant, au risque, là encore, de produire à répétition des lieux où l'angoisse ferait front à la banalisation du symptôme et de ses expressions. ■

* IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers