

Journées d'Octobre FORMAREC
« Évaluation des soins et Exercice professionnel »
Conférence du 22 octobre 1999.

« TENIR LES RÊNES DE L'ÉVALUATION »

Marie-Françoise TINGUELY
Cadre de Santé

L'évaluation est conçue ici comme une ré interpellation en contenu, des « situations de soins ».

Cette démarche vise avant tout, à optimiser la qualité des soins proposés aux patients.

I. L'OBJET UTILISÉ

L'objet que j'ai choisi de vous présenter pour aborder la question de l'évaluation des soins et l'exercice professionnel est l'atelier équitation proposé aux patients de l'U.F. dans laquelle j'exerce la fonction de cadre infirmier.

1. CONTEXTE ACTUEL DE CETTE SITUATION

Cet atelier fonctionne à partir d'une U.F. temps plein : *Les Cormorans*.

U.F. de psychiatrie de 25 lits d'hospitalisation pour adultes dits en « crise ».

Deux infirmiers des Cormorans et un autre d'une U.F. du service, accueillent dans cet atelier des patients pour qui une indication d'équithérapie a été posée.

Ces patients sont pris en charge dans le service soit en Temps Plein, soit en Hôpital de jour, soit en C.M.P. (Centre Médico-Psychologique).

L'activité a lieu les mardis et jeudis matin à 15 km du Centre Hospitalier dans un centre d'accueil pour handicapés, géré par l'Association des Genêts d'Or.

Chaque séance se déroule comme suit :

- ◇ le pansage des chevaux
- ◇ le travail en manège, puis en carrière, puis en extérieur (bois, champs,...)
- ◇ le retour au centre et à nouveau les soins aux chevaux.

De retour au Centre Hospitalier, les soignants ont un temps d'écriture institué de 14h00 à 15h00.

Écritures sur l'évolution du groupe, et écritures de ce qui s'est passé pour chaque patient.

L'atelier est ouvert de Septembre à Juin avec interruption pendant les périodes de vacances scolaires.

À savoir :

- ◇ 1 semaine à la Toussaint
- ◇ 2 semaines à Noël
- ◇ 1 semaine en février
- ◇ 1 semaine à Pâques
- ◇ 2 mois l'été (juillet et août)

Au mois de juin, un séjour thérapeutique équestre clôture l'année. Voilà pour le descriptif de l'activité.

Concernant le projet thérapeutique de cet atelier, il est réfléchi et élaboré en réunions : les infirmiers avec le cadre infirmier.

Ce projet concerne l'atelier dans sa globalité, la conception, le soin, l'organisation et le financement.

D'autre part, un de nos objectifs étant que nos patients soient plus acteurs dans cette prise en charge, des réunions soignants/soignés se sont mises en place, notamment pour le séjour thérapeutique de Juin.

Voilà donc pour le contexte actuel de cette situation.

Avant de vous parler de cette situation comme étant une « situation de soins », je vais vous présenter son historique.

2. HISTORIQUE DE CETTE SITUATION

La mise en place de cette activité équitation remonte au début de l'année 1993.

En réunion de synthèse, l'équipe soignante fait le constat que certains patients, un en particulier, n'adhèrent à aucun projet de soins. Par contre, dans son discours au quotidien, ce patient montre un certain intérêt pour les chevaux.

L'équipe pluridisciplinaire décide alors d'utiliser l'équitation pour créer une alliance thérapeutique avec le patient. Deux infirmiers sont prêts à s'engager dans cette activité.

Plusieurs étapes sont repérables :

◊ Pendant 4 ans, d'octobre 1993 à juin 1997, l'activité a lieu un mardi sur deux, de 9h30 à 12h30 pour le groupe patients, comme pour le groupe soignants.

◊ Puis, de septembre 1997 à octobre 1998, tous les mardis de 9h30 à 13h00 pour les patients, jusqu'à 15h00 pour les soignants, un temps d'écriture est alors institutionnalisé après chaque séance.

◊ Depuis octobre 1998, l'activité a lieu tous les mardis et jeudis de 9h30 à 13h00 pour les patients, jusqu'à 15h00 pour les soignants.

◊ D'autre part, depuis septembre 1997, cet atelier devient un atelier transversal pour le service, c'est-à-dire ouvert non seulement aux patients de l'U.F. *Les Cormorans*, mais à tous les patients suivis dans le service, dans les U.F. Temps plein, Hôpitaux de jour et C.M.P.

Chacune de ces étapes a été riche d'enseignements techniques et conceptuels.

Ces enseignements ont permis aux soignants de faire évoluer le soin dans cet atelier, c'est-à-dire passer du faire à la recherche de compréhension ; cette recherche de compréhension venant re-penser la manière de faire.

L'objectif de départ restant d'aider le patient à trouver ou à retrouver un équilibre satisfaisant, une souffrance moindre dans sa relation à lui-même et/ou à son entourage familial, social ou professionnel.

II. UNE « SITUATION DE SOINS »

La situation initiale au fil des années a évolué, elle est pour moi actuellement une réelle « **situation de soins** »

La matérialité de l'atelier existait, je l'ai trouvé ainsi en mai 1997 en prenant mes fonctions de cadre dans cette U.F. des « *Cormorans* ».

Il s'est agi pour moi d'organiser cette matérialité en fonction aussi de mes conceptions du soin infirmier en Psychiatrie.

Je vais donc vous présenter ce qu'il en est du thérapeutique dans cet atelier et du positionnement des soignants.

1. ASPECT THÉRAPEUTIQUE

Le cadre de l'atelier nécessite des repères **fiab**les sur lesquels les patients peuvent s'appuyer, j'ai envie de dire « contre vents et marées ».

Repères :

◊ **dans le temps**, toutes les semaines, tels jours, de telle heure à telle heure, ceci pour les séances ; pour le séjour, tel mois, 3 nuits / 4 jours nommés.

◊ **dans l'espace**, toujours le même lieu, sécurisant, connu.

◊ au niveau **des infirmiers**, toujours les mêmes ayant une formation dans le domaine équestre, ajoutée bien sûr à un intérêt attractif pour les chevaux.

Déjà des repères fiables vont produire une certaine contenance, un certain étayage par rapport aux productions d'angoisse du patient.

2. POSITIONNEMENT DES SOIGNANTS

À travers le récit des soignants sur ce qui se passe dans cette activité, je relève deux positions qui favorisent un processus de symbolisation (en panne ou défaillant chez le patient), à savoir la fonction paternelle et la fonction maternelle.

♦ Pour la **fonction paternelle**, il s'agit de la transmission de la technique avec des règles spécifiques à l'activité équestre elle-même, la ponctuation de la séance, le commencement, le déroulement, la fin de la séance, le rappel du cadre de fonctionnement de l'atelier, à savoir les interdits (alcool) et les devoirs (respect des uns et des autres, entretiens des chevaux...).

♦ Pour la **fonction maternelle**, il s'agit d'une aide, d'un soutien, d'une écoute des difficultés dans la réalisation des consignes par rapport au pansage des chevaux, à l'évolution en manège ou en carrière, qui peut se faire aussi à la longue tenue par le soignant.

C'est aussi ce positionnement des infirmiers qui, à mon avis, permet de donner le qualitatif de thérapeutique à cet atelier.

Positionnement des soignants aussi vis-à-vis de ce support de soins, à savoir se préparer à l'atelier (matériels nécessaires spécifiques), se projeter dans la séance à venir, évoquer les craintes, les peurs possibles et ce qui va être aidant face à ces craintes, en fait tout ce sur quoi le patient va pouvoir s'identifier et notamment pour envisager avec le soignant un dépassement, sans anéantissement, des difficultés possibles.

L'intérêt de l'atelier thérapeutique (à plus long terme que le temps de l'atelier) est le réemploi ailleurs de la fonction contenante, étayante.

Cette fonction contenante, étayante, est génératrice de pensée et de communication, ce qui est le but de l'atelier.

Le patient peut alors passer de l'« identification projectrice destructrice » (comme dit P. LAFFORGUE dans son article sur les « ateliers thérapeutiques » -Soins Psychiatriques, 1998), à « L'identification projectrice secourable », apaisante je dirai. Ces traces apaisantes, si elles sont intériorisées par le patient, seront réutilisées par lui dans d'autres situations pour limiter l'envahissement de l'angoisse.

III. EFFETS THÉRAPEUTIQUES

Dans la mesure où donc la situation de l'atelier est une « situation de soins », elle sera révélatrice de modifications.

1. MODIFICATIONS OBSERVÉES

Je vais vous déplier ici le cas de Pierre H., c'est sans doute chez ce patient que nous avons le plus observé le concret du « thérapeutique », si je peux le dire ainsi.

Depuis 1974 et jusqu'en 1992, Pierre fait de nombreux séjours, de durée variable, en psychiatrie. Il présente une symptomatologie dissociative avec délire interprétatif à thèmes persécutifs et mystiques, l'angoisse est massive et invalidante. Pierre ne travaille plus et s'est séparé de son épouse.

Le tableau clinique à l'entrée est le suivant : Pierre a les yeux exorbités, il se tient la tête en hurlant, criant comme une bête, ne pouvant s'exprimer par la parole, se repliant sur lui-même. Il lui faut plusieurs semaines pour s'apaiser et être stabilisé.

Pierre arrive à l'atelier par le biais d'un autre patient avec lequel il s'entend bien. Il évolue en faisant des acquisitions techniques qui le rassurent, dans un environnement sécurisant, clos au départ (le manège), avec des soignants très proches. Petit à petit, il s'achète une tenue complète de cavalier « comme les infirmiers ».

Parallèlement à cela, d'une part, il s'installe en appartement thérapeutique, puis privatif dans lequel il vit toujours à MORLAIX ; d'autre part, il prend des cours de conduite et réinvesti sa voiture qu'il ne pouvait plus utiliser.

Actuellement, il vient à l'atelier chaque semaine par ses propres moyens avec son véhicule. Utiliser son véhicule n'a pas été simple pour Pierre ; voici, si je puis dire, une « anecdote » concernant son approvisionnement en essence :

Au début, quand il a repris sa voiture, Pierre n'avait aucun repère à MORLAIX concernant son approvisionnement en essence ; il allait donc faire le plein (d'essence) à SAINT-VOUGAY, petite commune située à 35 km de MORLAIX.

Actuellement, Pierre bénéficie d'une prise en charge infirmière, en groupe donc, dans l'atelier équitation, et une prise en charge infirmière individuelle en entretien au C.M.P. Nous pouvons dire que Pierre est passé du cri à la parole.

Je ne vais pas vous présenter ainsi tous les cas des patients pris en charge dans cet atelier, mais vous proposer globalement les modifications que nous avons observées à partir de ce que chaque patient, singulièrement, nous a donné à voir, à entendre de sa problématique.

En équipe infirmière, nous avons appelé cela les résultats thérapeutiques. Nous les avons évalués en complémentarité avec les différentes modalités de prise en charge proposées au sein de l'U.F., voire du service.

C'est aussi avec le temps que nous avons pu observer certains effets, à savoir :

◊ une image de soi valorisée avec plus de confiance en ses capacités ont permis à un autre patient de sortir de l'U.F. après 8 mois d'état dépressif majeur (avec autodestruction), et de vivre des liens sociaux en équilibre satisfaisant pour lui-même et son entourage.

◇ une agressivité contenue, un éprouvé de mieux-être psychologique, une diminution de l'angoisse, un apaisement de la souffrance ; l'agressivité, la tension peuvent être parlées et non plus dirigées contre soi et/ou les autres.

◇ des situations d'échange, de dialogue autour et à propos du cheval, apprentissage de la relation à l'autre possible.

Ces éprouvés apaisants reviennent à l'esprit du patient dans un autre moment d'envahissement anxiogène.

Nous repérons ces traces intériorisées réemployées ailleurs dans d'autres lieux que l'atelier concerné. Je vous rappelle Pierre et sa voiture par exemple.

C'est là que nous pouvons aussi évaluer l'effet soignant de la prise en charge infirmière.

Ces effets thérapeutiques ne sont pas acquis une fois pour toutes, ils supposent que l'équipe soignante soit sans cesse (re)mobilisée dans un engagement (soutenu) auprès des patients.

2. ANALYSE - HYPOTHÈSE

Essayons de voir ce qui s'est passé pour Pierre, qu'est-ce qui, du travail soignant, a été opérant pour lui.

Dans la réalité de l'atelier (cadre contenant, étayant), Pierre a pu passer comme l'explique Pierre LAFFORGUE de « *l'identification projectrice destructrice à l'identification projectrice secourable, puis à l'intériorisation de traces réutilisables en d'autres lieux* », en d'autres temps.

C'est-à-dire que Pierre a éprouvé, dans ce cadre soignant, que lui-même et les autres ne sont pas détruits par les angoisses qu'il vit comme destructrices.

Les moments de butées, de difficultés, de limites dans l'atelier sont parlés. Ce travail de mise en mots, de liens, dans le réel, fait par les soignants permet à Pierre de moins se sentir morcelé, éclaté.

Il peut se rassembler, s'unifier et ainsi être en relation apaisée avec lui-même, son environnement et son entourage.

Le travail soignant a produit des effets, on peut repérer ici le soignant comme étant instituteur, ou ré-instituteur, d'une mise en route chez le patient d'une activité de pensée, de liaison, d'équation symbolisable entre ses pulsions (archaïques) angoissantes, destructrices, et un lien possible apaisé dans le renouage d'un dialogue, d'une relation possible avec lui et/ou les autres.

HOCHMAN parle de « *réconcilier le patient psychotique avec sa pensée vécue comme persécution, l'aider à retrouver du plaisir à penser* » (in *Réflexion sur la théorie psychanalytique du soin psychiatrique aux psychotiques*).

Il y a quelques mois, à la fin d'un entretien infirmier, Pierre dira : « - Ça fait du bien de vous parler, c'est moins embrouillé après ».

LACAN parle de « *se laisser enseigner par le patient* ».

IV. DYNAMIQUE DU POINT DE VUE DE L'ÉQUIPE INFIRMIÈRE

Passer du plaisir à faire, au plaisir à penser nécessite de cheminer ensemble, en équipe, en tenant compte de là où chacun en est dans son élaboration.

Je vous propose de reprendre quelques étapes du cheminement dans cette activité et de voir ensemble les modifications dans l'organisation et la conception du travail.

- ◇ 1993, donc, mise en place de cet atelier.
- ◇ 1994, les deux infirmiers référents effectuent un stage « Techniques équestres ».
- ◇ 1995, ils participent à une journée de « Rencontre sur la pratique équestre comme thérapie », journée réalisée par l'association « Handi-cheval ».
- ◇ 1996, ils terminent leur stage « Techniques équestres », avec obtention de galops.

À la demande du médecin référent, ils écrivent le « Projet de thérapie équestre de l'U.F. Les Cormorans ».

Ils demandent à nouveau une formation spécifique sur l'utilisation du cheval comme médiation thérapeutique (formation qu'ils feront en octobre 1997).

◇ Juin 1997, séjour thérapeutique équestre encadré par les deux référents et un autre soignant de l'U.F.

5 patients se sont inscrits, 2 participeront au séjour.

Un des soignants pose la question du maintien du séjour, compte tenu de l'« effectif » des patients.

Nous reprenons alors la question de la **permanence**, le cadre de soins qui tient pour servir d'étayage au patient.

◇ Sept. 1997, deux soignants de l'U.F. reviennent d'une formation où ils ont travaillé sur les ateliers thérapeutiques ; ils expliquent l'importance de séances hebdomadaires pour qu'un atelier serve de repère et soit opérant sur le plan thérapeutique. Repère pas trop éloigné dans le temps pour que « du lien » puisse se faire.

L'équipe soignante est d'accord et valide le principe d'une séance d'équitation par semaine avec l'organisation qui en découle. Les deux infirmiers référents s'engagent à assurer tous les mardis, même le mardi de leur repos ; ils récupéreront leurs temps plus tard suivant les besoins et en fonction des possibilités de l'U.F. Les autres infirmiers pendant le temps de l'activité, s'organisent et continuent d'assurer les missions de l'U.F.

Le mardi, les deux infirmiers référents font 9h00 – 17h00, comme suit :

- 9h00 préparation de l'atelier (bus, document administratif, matériel, etc...)
- 9h30 – 13h00 activité avec les patients
- 13h00 retour au Centre Hospitalier et repas
- 14h00 – 15h00 écritures
- 15h00 – 17h00 récupération de temps ou réunion avec le cadre infirmier au sujet de l'atelier

Ces temps de réunion m'ont permis de mieux connaître le déroulement, le fonctionnement de cet atelier, des difficultés rencontrées par les soignants (entre autre le financement).

◇ Janvier 1998, le projet du gîte de juin s'annonce, nous travaillons donc sur la matérialité de ce séjour bien sûr, mais aussi sur les conceptions de soins qui sous-tendent ce projet.

Des temps de réunions sont institués, ce qui nous permet d'**élaborer** et d'écrire ce projet comme suit :

- la présentation du séjour (différentes étapes)
- à qui s'adresse le séjour, l'objectif global du séjour
- les problématiques singulières et objectifs par patient
- les moyens et organisations le projet financier
- l'évaluation

Nous éprouvons dans ce travail la complexité de la **construction des cas cliniques** avec l'analyse de la symptomatologie, les objectifs de soins et les indicateurs d'évaluation.

En même temps, les observations des soignants tiennent davantage compte du **patient** en tant que **sujet singulier**.

La recherche de sens (par rapport aux symptômes) en lien avec des connaissances en psychopathologie peut se faire et semble être moins vécue sur un monde défensif.

◇ Octobre 1998, après le bilan de l'année 97-98, nous passons à deux séances d'équitation par semaine, les mardis et jeudis.

Le mardi est le jour des patients initiés à la pratique équestre. Tout le groupe, patients et soignants, évolue à cheval, plutôt en extérieur.

Le jeudi, pour ceux pour qui une première indication est posée. Ils viennent découvrir l'activité. Le groupe techniquement évolue plus lentement. La prise en charge des patients est plus individualisée, un des soignants (parfois les deux), marche à côté du cheval, voire le tient en longe.

Un troisième infirmier, venant d'un hôpital de jour du service, vient renforcer l'équipe des deux référents.

Ce changement peut se mettre en place avec l'accord de toute l'équipe soignante de l'U.F.

L'évaluation, par rapport aussi à l'organisation du travail dans l'unité, est prévue en juin 1999. Lors de cette évaluation, nous avons envisagé l'année 1999/2000, et chaque infirmier a pu dire son vécu pendant l'année concernant l'organisation du travail liée à cet atelier (entre autres).

Cet atelier existe donc aussi de par la **participation active**, de tout le groupe infirmier des *Cormorans*.

Si l'organisation des soins se fait en fonction des objectifs de soins, par analogie je dirai qu'il en est de même pour les conditions d'exercice du travail.

Celles-ci doivent soutenir l'investissement de chacun, tenir compte de chacun là où il en est de son élaboration.

Au bout du compte, c'est sur cette **identité du soignant** (engagé en tant que tel) que le patient pourra s'appuyer pour se construire, se restaurer et faire face à son propre réel avec ses potentiels.

Je relève dans cette équipe au travail, un certain bien-être, un certain plaisir à venir travailler, justifié je pense par un réel travail de soins.

Les aménagements, les changements d'horaires, de gardes, sur semaine ou le dimanche, ne posent pas de problème et se font en fonction bien sûr des besoins individuels, mais aussi en lien avec les objectifs thérapeutiques de l'U.F.

Chacun se sent concerné et participe ainsi au projet du service, et notamment dans l'inscription à différentes sessions de formation permanente.

Ces formations ont donné à chaque soignant la possibilité de s'approprier des connaissances théoriques dans le champ de la psychopathologie. Connaissances qui vont nous permettre d'éclairer notre pratique quotidienne.

Au retour de ces différentes sessions, il est possible à chaque infirmier de proposer au groupe une modification dans l'atelier en s'aidant de la théorie pour argumenter.

J'ai pris mes fonctions de cadre infirmier aux *Cormorans* en juin 1997.

Mon rôle de cadre est (entre autres) de continuer à travailler à la conceptualisation de ce projet au niveau des soins et de faire évaluer cette pratique soignante en interpellant sur le sens des actions de soins.

CONCLUSION

Évaluer au fur et à mesure, puis à distance, en équipe, les effets thérapeutiques des soins que nous produisons, nous permet de travailler réellement sur la qualité de ces soins.

Ce n'est pas simple bien sûr, car il s'agit (à mon sens) de mettre l'accent sur le qualitatif par rapport au quantitatif.

Or l'élaboration, en équipe, la recherche de sens par rapport aux symptômes présentés par le patient, nécessite du temps.

Dans le contexte actuel de l'évaluation dans les hôpitaux, ce qui est à craindre, c'est que le quantitatif prime sur le qualitatif.

Ceci modifierait radicalement l'essence même du soin psychiatrique.

Personnellement, c'est avec cette identité d'infirmière en santé mentale que j'interroge ma pratique professionnelle quotidienne au regard de la qualité des soins.

Alors, qui tient les rênes de l'évaluation ?

Chacun d'entre nous je crois, là où il est, quelle que soit sa fonction, tient un bout de ces rênes. Alors comment les tenir ensemble de manière cohérente pour diriger cet attelage (l'évaluation) sur le chemin de la qualité avant tout. Qualité signifiant moindre souffrance pour le sujet en soins. 🍏