

introduction

La démarche clinique

L'ÈRE DE L'ÉCRIT FORMALISÉ, des procédures drastiques et des contractualisations axiomatisées dans laquelle la loi de rénovation sociale ferait entrer les institutions sonne-t-elle le glas de la dialectique interactive? Cela ne fait aucun doute aux yeux de certains qui vouent aux gémonies les synthèses « itératives et immuables », dans lesquelles « sont encore englués certains établissements » qui maintiennent ces « mises en scène récurrentes et stériles » : nous voici enfin sortis, disent-ils, du flou et des incohérences d'un secteur trop abandonné à l'empirisme... Ce sont les mêmes qui pensent participer à une révolution, un bouleversement des pratiques, un tournant historique avec l'introduction (enfin !) d'une « véritable logique de prestation de services ».

Ainsi donc, depuis des années il ne se serait rien fait d'autre dans les institutions qu'un travail médiocre, au service de personnes à qui il n'était reconnu aucune qualité d'être, dont les besoins et attentes n'étaient pas pris en compte, dont la parole n'était pas entendue et qui ne pouvaient bénéficier d'aucune démarche personnalisée en l'absence évidente de projet individuel... La caricature dit bien la vanité de tels propos pourtant soutenus, développés et publiés.

Sans contester quelques dérives par excès ou par défaut, il en est tout autrement, bien sûr, le plus souvent : la qualité n'a pas attendu d'être réglementée, référencée et accréditée pour exister. Elle imprègne le quotidien de la plupart des institutions et se développe dans la dynamique des prises en charge et des réflexions des équipes, soutenue par les compétences et l'énergie des professionnels en place, hommes et femmes du quotidien : aides médico-psychologiques, moniteurs-éducateurs, éducateurs spécialisés, infirmiers, psychologues cliniciens, médecins psychiatres, psychomotriciens, etc.

USAGER, RÉSIDENT, PATIENT, CLIENT, ASILE

Le terme *usager* est celui qui semble s'imposer pour désigner les personnes accueillies et prises en charge dans les institutions. Il n'a pourtant pas ma faveur, car je l'associe trop facilement à son autre signification qui qualifie le déchet à jeter, usé après utilisation... Je lui préférerais désormais trois dénominations dont je m'explique.

Le mot *résident* (dans cette orthographe, car « résidant » est un adjectif ne pouvant prétendre à l'utilisation comme substantif) renvoie au foyer ou au pavillon à la fois comme domicile, lieu d'hébergement (là où l'on habite) et lieu où l'on est accueilli par d'autres (étrangers certes, mais avec qui on peut tisser des liens de qualité). Un lieu où l'on s'inscrit, où se développe une histoire personnelle dans l'actualité de la vie *hic et nunc* (assortie de tous les affects inhérents à cette dynamique) tout en étant éloigné de ses bases originelles. Cette situation peut donc signer une certaine indépendance (vis-à-vis de sa famille par exemple, de son « terroir », des relations bâties dans l'enfance), coexistant avec la conscience du maintien de liens (réels, imaginaires ou symboliques) avec ceux qui sont ailleurs et qui demeurent au moins dans la mémoire.

Mais n'avons-nous pas également très souvent, au sein même de ces lieux de vie, une mission de soin à exercer ? À ce titre, les résidents sont aussi des *patients*. Ce mot est directement transposé du latin *patiens*, participe présent du verbe *pati* (que l'on retrouve dans « pâtir ») et signifiant souffrir, supporter. Désigner ainsi les « résidents », c'est reconnaître la souffrance inhérente à la pathologie (l'origine du mot est la même), et donc se préoccuper de cette dimension, impliquant la sollicitude nécessaire à son écoute et une orientation du service à offrir dans la perspective dynamique de sa réduction. C'est cette référence qui conditionne et sous-tend toute perspective thérapeutique, dont l'étymologie rappelle qu'elle consiste à se mettre au service du Sujet.

Un autre terme a mes faveurs en bien des circonstances : celui de *client*. Il est peut-être plus difficile à employer, tant les pratiques économiques l'ont galvaudé. Le sens devenu commun et détourné à des fins commerciales a hélas bien vite occulté (et cette évolution est en soi significative des duperies mercantiles, mais c'est une autre affaire...) l'origine latine du mot, *cliens*, qui ne signifie rien d'autre que « celui qui est protégé ». C'est habité par cette étymologie que je l'emploie, car n'est-ce pas, sinon notre rôle, du moins un outil essentiel à notre action que de construire la sécurité de ceux et celles qui sont accueillis ?

Enfin, il est important de rappeler que les structures d'accueil sont aussi des *asiles* et qu'elles en remplissent fort souvent et très heureusement les fonctions. La connotation péjorative populairement attachée à ce terme doit être rectifiée. Il convient de l'entendre dans son sens premier que nous rappelle sa double étymologie : le grec *Asulon* (Asulon), désignant un lieu inviolable (littéralement « impossible à dépouiller »), a donné le latin *asylum*, refuge sacré – sens qui sont mieux maintenus dans les expressions « lieu d'asile » ou « trouver asile ». Les différentes maisons d'accueil et autres résidences sont davantage que des lieux d'hébergement : elles sont également ces abris sûrs auxquels aspirent les résidents-patients que toute stimulation imprévue est susceptible de déranger, voire d'agresser...

L'« empirisme » fustigé n'est autre que la pratique clinique, laquelle constitue l'essence même du travail d'aide et de soins et lui en garantit la valeur. Cette démarche est le vecteur inaliénable qui permet de découvrir et d'élaborer les réponses les plus adéquates aux nécessités exprimées par les « usagers » (sur ce mot, voir encadré).

À l'origine, et dans sa dimension étymologique, le mot clinique (du grec *klinike*) désigne ce qui se pratique au lit du malade. Littré¹ précise qu'il s'agit de « s'occuper du traitement des maladies, considérées individuellement ». En matière de psychologie, le terme apparaît sous la plume de Freud dans sa lettre à Fliess datée du 30 janvier 1899 : « Maintenant, la connexion avec la psychologie sort du chaos, j'aperçois les relations avec le conflit, la vie, tout ce que j'aimerais appeler psychologie clinique². » C'est ainsi dans une certaine *proximité*, celle du chevet ou celle d'une attention au sujet, que réside le sens premier du concept de clinique.

La démarche clinique consiste en une attention particulière portée à la fois à l'individu, dans la singularité de ses troubles et souffrances, et aux signes qui vont permettre d'élucider le sens de ses comportements. Cette approche s'appuie sur le développement d'hypothèses, construites sur la base de l'observation et générant des indications de soins et prise en charge. Ces actions sont sans cesse évaluées, à la faveur des effets produits chez le patient, afin de vérifier ou non les postulats élaborés initialement, ce qui conduit à les préciser ou à les reconsidérer. C'est une position de proximité, d'écoute, d'ouverture d'esprit, d'expectative, laissant toujours une place à la surprise, attitude en permanence traversée par la sollicitude à l'égard des difficultés et de la souffrance manifestée par celui ou celle que l'on soigne ou que l'on aide. La clinique suppose que l'on accueille l'expression du Sujet, en référence à des connaissances, à des outils théoriques, certes indispensables, mais qui demeurent ouverts et accessibles à l'enseignement même du patient et des signes qu'il délivre dans cette relation particulière. Les savoirs et les convictions scientifiques viennent étayer cette pratique de façon essentielle, mais elles ne

1. É. Littré, *Dictionnaire de la langue française*, Hachette, 1875.

2. Cité par D. Anzieu in R. Doron et F. Parot, *Dictionnaire de psychologie*, PUF, 1991, p. 114.

constituent jamais un refuge clos, rigide et inéluctable, un « prêt à penser » aboutissant à un moule conceptuel dans lequel viendraient s'enfermer les symptômes du patient et les solutions préétablies à ses difficultés. La théorie constitue un corpus d'hypothèses opérationnelles pour la pratique, un système qui jalonne la pensée, un réservoir d'idées à puiser, non une religion ! Les références théoriques qui orientent la clinique se doivent d'être interactives, pluridisciplinaires et cohérentes, afin de constituer un ensemble consensuel entre les intervenants, assurant une dynamique évolutive des pratiques au sein de l'institution. La remise en questions est inhérente à la clinique : on met ainsi en place les conditions pour éviter les écueils d'une pensée unique hégémonique qui guette la psychiatrie, la psychologie, la psychanalyse ou toute autre modélisation conceptuelle. L'expérience de telles dérives qui, dans l'histoire ou dans l'actualité, ont frappé tel ou tel courant de ces disciplines, avec des effets néfastes autant pour les Sujets qui en sont les victimes que pour la science qui s'y sclérose, démontre la nécessité d'une attention toujours en éveil.

Cette démarche s'alimente de l'empathie, cette capacité d'accéder aux sentiments et émotions de l'autre grâce à l'écho qu'ils sont susceptibles de provoquer en nous, sans pour autant nous identifier à lui, et donc en évitant le piège de l'investissement dans un partage émotionnel qui conduirait à la sympathie ou à son contraire, l'antipathie : toutes deux vecteurs des dangers inhérents aux relations transférentielles et contre-transférentielles non abordées comme telles.

La clinique peut aussi être considérée comme une recherche d'élu- cidation des sens dans toutes les acceptions de ce mot :

- Le sensible, c'est l'attention portée aux sensorialités, à leurs fonctions, leur intégration, leur acuité ou leurs appauvrissements éventuels, mais aussi aux plaisirs (la sensualité) ou aux douleurs que le corps procure.

- L'orientation, qui marque l'objectif, la projection dans l'avenir et la mémoire du passé, la souvenance qui situe chacun dans son historicité, telle qu'elle l'inscrit dans la dynamique de sa vie singulière et relationnelle.

- La signifiante aussi, qui implique la sémiotique, gestuelle de communication, puis le langage, qui manifeste l'entrée du Sujet dans la symbolique et la culture.

La clinique, enfin (mais cette fin n'est que provisoire), est imprégnée, traversée et habitée par les principes qui sous-tendent la phénoménologie, cette philosophie qui considère les faits, les événements, les comportements comme des expressions signifiantes. Initiée par Husserl, contemporaine des premiers balbutiements de la psychanalyse, la phénoménologie se penche sur le sens des éprouvés psychologiques et de leurs manifestations (états émotionnels, croyances, actes...) tels qu'ils peuvent apparaître à la conscience de celui qui en fait l'expérience. De nombreux auteurs comme par exemple Jaspers, Binswanger, ou plus près de nous, Maldiney ont ensuite mis à profit ces réflexions pour considérer autrement le malade mental, la personne handicapée : du côté de son vécu propre. C'est cette vague porteuse, pourrait-on dire en une métaphore nautique, qu'emprunte aussi le clinicien pour avancer dans la compréhension des difficultés du patient.

La démarche clinique se caractérise donc, pour la définir de façon synthétique, par la prise en considération du vivant, de l'actuel, mis en chantiers actifs permanents. C'est cela qui donne accès aux projets évolutifs et dynamiques, lesquels peuvent offrir au patient, sinon une issue, du moins une chance de réduire ses souffrances et d'accéder à davantage de liberté d'agir et de penser.

Il faut également souligner, et c'est essentiel, que toute clinique qui se développe au sein d'un établissement ne peut le faire qu'en s'articulant avec la vie institutionnelle. Le travail s'effectue en équipe, ce qui implique la mise en place d'outils assurant la cohérence nécessaire à l'élaboration et la mise en œuvre des prises en charge. Il n'y a ni *a priori*, ni formatage préconçu dans cette logique, seulement référence à un cadre conceptuel reconnu et partagé. De tels principes ont été établis sous l'égide de la psychothérapie institutionnelle, initiée dès les années 1940-1942 par F. Tosquelles, Y. Racine, J. Oury et P. Sivadon, puis décrite et ainsi dénommée par G. Daumezon et Ph. Koechlin en 1952, dans un article de la revue *Anais Portugueses de Psiquiatria*.

Du côté des patients, la psychothérapie institutionnelle réaffirme le caractère fondamental de la quotidienneté, dans ses aspects les plus élémentaires et proximaux (activités vitales, repas, maintien du confort et de l'homéostasie, repos, etc.) comme dans les plus élaborées (repérage du temps, de l'espace, interactions avec l'environnement

matériel et humain...). La vie quotidienne, ses développements et ses avatars constituent un ressort thérapeutique essentiel. Les préoccupations qui lui sont assorties participent de façon intrinsèque à la dynamique de soin.

Du côté des équipes, nécessairement pluridisciplinaires, la psychothérapie institutionnelle, considérant la dynamique des transferts à l'œuvre, constitue un cadre de référence dynamique. La situation d'interactivité mobilise des affects spécifiques, entre soignés et soignants (et réciproquement : c'est le contre-transfert) et aussi entre soignés d'une part, et entre soignants d'autre part. C'est l'analyse de ces mouvements émotionnels et de leurs effets concrets qui conditionne la fonction thérapeutique de l'institution. « On est donc amené à réfléchir sur ce qui se passe entre les soignants, pour éclairer ce qui se passe entre le sujet psychotique et les soignants, puis dans la problématique interne du sujet psychotique ³. » L'outil privilégié qui remplit cette fonction est constitué par le réseau de réunions ⁴, où s'organisent et s'élaborent les outils pour PENSER la vie quotidienne et ses repérages, PARLER les ressentis et les vécus, « RÊVER » (au sens de W. Bion) face aux difficultés afin d'en détoxifier l'impact subjectivement pénible et troublant : nous y reviendrons. C'est dans le cadre de ces réunions que se tentent le décryptage des comportements, la compréhension des échos pathologiques et de leur impact sur chacun, puis s'élaborent les hypothèses conduisant aux indications ⁵ de prise en charge, lesquelles sont construites dans l'échange. Chacun s'y implique avec ses compétences et depuis sa fonction propre, laquelle doit en outre rester pleinement repérable.

La pertinence et l'efficacité de ce travail sont conditionnées par le développement d'outils de réflexion permanente, de mise en images et en perspectives qui, en définitive, ne sont rien d'autre que d'authentiques

3. P. Delion, *Séminaire sur l'autisme*, Érès, « Des travaux et des jours », 1999.

4. Voir à ce sujet l'ouvrage de Ph. Chavaroche, *équipes éducatives et soignantes en maison d'accueil spécialisé. Pratiques institutionnelles*, Matrice, 1996.

5. Il faut distinguer ce travail de l'indication, d'une autre instance décisionnelle : la prescription. Celle-ci concerne certains aspects particuliers des actions proposées (dont les traitements médicamenteux sont le paradigme). Elle est l'apanage du médecin, dans le registre somatique d'une part et psychiatrique de l'autre.

démarches d'évaluation, que la clinique et son corollaire, la dynamique institutionnelle, portent en elles intrinsèquement.

Que nous demande-t-on de plus ?

Une dimension essentielle à ce travail : qu'il soit transmissible, communicable et qu'ainsi démonstration puisse être faite de sa rigueur et du concret de ses tenants et aboutissants. Quoi de plus normal que de devoir rendre compte de ses actes quand ceux-ci impliquent l'utilisation de deniers publics, et plus encore le sort des personnes que la société nous confie ?

Au-delà de cette nécessité éthique, cette approche de formalisation que constitue l'évaluation ne présente-t-elle pas en soi un intérêt pour la qualité de la clinique elle-même ? C'est ce que je voudrais démontrer dans les pages qui suivent, en considérant l'évaluation comme la métaphore de la clinique : la métaphore, cette boîte à images mentales, lanterne magique qui sert à éclairer d'un jour nouveau, à modeler de lumière les objets qu'elle décrit.

À l'heure de la recherche absolue mais purement formaliste de la « qualité », à l'heure où la mesure dénuée de sens décortique le quotidien, où les procédures⁶, l'uniformisation, la normalisation, les « bonnes pratiques⁷ » listées en « référentiels », composant une pensée unique protocolisée, viennent usurper à la nature et à la phénoménologie leurs références de valeurs, il est temps de promouvoir une véritable évaluation, vivante et fonctionnelle, qui puisse se poser, de façon constructive, face à ce qui nous serait imposé pour avoir bonne conscience mais faire fausse route...

Cette démarche d'évaluation-là, qui ajoute aux nuances analogiques verbales et empiriques la précision digitale du mesuré et de l'écrit, impose, pour assurer sa cohérence et sa crédibilité, quelques conditions éthiques et techniques. C'est ce que nous examinerons avant d'en traiter la pratique et la mise en œuvre.

6. J'ai même vu un document institutionnel très « sérieux » (ou qui se revendiquait tel en tout cas), intitulé « Procédures des procédures » (*sic* !), destiné à préciser par quelles arcanes procédurales il convenait de passer pour établir lesdites procédures...

7. Déjà Aristote, dans *L'éthique à Nicomaque*, note que « la bonne pratique (eupraxie) est à elle-même sa propre fin ». Autrement dit, à s'y conformer aveuglément, on tourne en rond !

1. Questions de principe

Considérations éthiques

L'éthique est un réseau de principes dont la complexité même constitue la nature et l'intérêt. Au contraire de la morale qui, elle, est simple : oui, non, bien, mal, possible, interdit – pas d'autre issue que de s'y soumettre ou pas. Est moral ce qui est conforme aux pratiques sociales codifiées. L'éthique, quant à elle, propose plutôt un questionnement que des réponses. Et c'est en cela qu'elle mérite que l'on s'y arrête au seuil d'une réflexion sur l'évaluation, laquelle inviterait volontiers, si l'on n'y prenait garde, au confort des choix binaires précontraints... L'éthique invite à regarder au loin, en une visée perspective, alors que la morale enferme dans la norme en condamnant de façon absolue à la soumission conformiste.

La considération éthique vise à préciser quelles sont les « fonctions contenantes » qui proposent des repères à l'action : elles invitent à une réflexion plus riche que les limites fixées par la morale, auxquelles il est tentant, car facile, de se cantonner, au risque (ou au confort) de se réfugier en ces repaires. Les valeurs liées à ces références *contenantes* conduisent naturellement à l'effort de *cohérence* (les deux mots se rejoignent dans leurs significations partagées), sans laquelle la démarche d'évaluation ne pourrait prendre sens et risquerait de s'égarer : l'institution se doit d'en établir les bases qui ne peuvent se constituer que collectivement, dans l'échange et l'interaction.

Quels pourraient donc être les jalons auxquels se référer pour assurer à la démarche évaluative une garantie de ce type : une déontologie négociée, à la fois souple, ouverte et vivante tout en étant suffisamment déterminante ? Il me semble que deux axes sont susceptibles de remplir cette mission : celui du respect et de la responsabilité d'une part, et l'effort d'évitement de la toute-puissance d'autre part.

Le respect et la responsabilité

La notion de respect se décline nécessairement dans une dialectique entre respectable et respectueux : nul ne peut prétendre au respect si son attitude envers autrui n'est pas symétrique de ce qu'il exige de son interlocuteur. Situer le respect ne peut se faire que sur un vecteur qui va de la déférence à l'irrévérence, de la règle à sa transgression et aussi du sacré au profane. « Ne pas toucher, c'est respecter », dit la pub ! Les débats que ce thème suscite sollicitent des disciplines et approches aussi diverses que complémentaires : la sociologie, le droit, la pédagogie, la psychologie, la philosophie, le spirituel...

Les questions soulevées, qu'il conviendrait de croiser avec elles, évoquent les systèmes de valeurs, le « droit à la différence » quand il n'est pas galvaudé, la dignité, le développement de l'individu et son identité, les « vérités », la loi, les choix personnels, culturels, politiques, religieux... Autant de champs qui interrogent l'appartenance sociale, l'intégration dans une communauté humaine et les conditions de la vie collective, partagée et distinguée, entre aidants et aidés, soignants et soignés, valides et handicapés, ainsi qu'au sein de chacune de ces entités bio-psycho-sociales. Nous n'en viendrons pas à bout, ni ici ni dans l'absolu d'ailleurs : il s'agit bien là d'un point de vue éthique qui fait naître et alimente les questionnements... En écho, ce sont ceux des responsabilités sociales, familiales, éducatives, pédagogiques, thérapeutiques qui résonnent.

La responsabilité : autre source largement ouverte vers les interrogations... Son étymologie polysémique suffira ici à nous indiquer les pistes possibles : elles nous guident, même si les césures que nous proposons peuvent choquer la rigueur linguistique... Acceptons-les pour leur valeur propédeutique.

Respondere signifie « répondre à un engagement », lequel concernait, à l'origine, le serment religieux de celui ou celle qui faisait vœux de pauvreté, chasteté et obéissance. Soulignons que, s'il s'agit bien là d'un acte libre, le respect d'un tel engagement suppose l'abandon, au moins partiel, de cette liberté... Autre garantie contractuelle qu'impose la responsabilité, celle de la promesse de mariage, sens contenu dans l'orthographe *re-spondere* : *spondeo*, en latin, signifiant « je m'engage » et aussi « je me porte garant », c'est-à-dire j'assume de tenir ma promesse :