

Article

« Thérapie institutionnelle, approche écosystémique et réadaptation psycho-sociale »

François Grasset et Michel Ducret

Santé mentale au Québec, vol. 18, n° 2, 1993, p. 155-181.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032276ar>

DOI: 10.7202/032276ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : erudit@umontreal.ca



Thérapie institutionnelle, approche écosystémique et réadaptation psycho-sociale

François Grasset*
Michel Ducret**

Les soins orientés vers la réadaptation demandent l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire, pour une démarche thérapeutique composite, dans le cadre d'un réseau institutionnel. L'approche écosystémique s'avère utile pour la compréhension du fonctionnement de l'appareil institutionnel et pour l'étude de l'organisation ou de la dynamique évolutive des systèmes soignants complexes. Dans une optique où la réadaptation est conçue comme un processus de développement, diverses expériences montrent l'utilité d'adapter l'appareil institutionnel pour favoriser la créativité du système soignant afin qu'il soit suffisamment différencié et autonome pour coévoluer avec le système soigné, en s'adaptant à ses besoins, sans être piégé par la routine institutionnelle.

Les progrès de la psychiatrie ont augmenté les moyens de traiter les manifestations aiguës des maladies mentales. Cependant, la résolution d'un épisode psychopathologique aigu ne constitue qu'une solution partielle. Hormis le risque de récurrence, elle laisse subsister des troubles de la personnalité durables et potentiellement invalidants. Expression d'une vulnérabilité particulière, ces troubles perturbent les capacités relationnelles. Ils provoquent souvent un handicap majeur pour la vie sociale en général et l'activité professionnelle en particulier. Dès lors, pour compléter les traitements à visée curative, il faut des soins spécifiquement orientés vers la réadaptation. C'est-à-dire des soins qui s'opposent à la ségrégation ou à l'aliénation, en développant les habiletés relationnelles de même que les aptitudes aux échanges socio-culturels ou socio-professionnels.

* Médecin-chef de l'Unité de Réhabilitation du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte de Lausanne.

** Ergothérapeute principal, responsable du centre d'ergo-sociothérapie de l'unité de réhabilitation du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte de Lausanne.

Utilisant essentiellement la pharmacothérapie et la psychothérapie, les traitements à visée curative ont pour objectif la réduction des symptômes et, autant que possible, celle de leur cause. Les soins orientés vers la réadaptation tendent à lutter contre les facteurs de chronicisation, ils s'adressent aux ressources qui subsistent en dépit de la maladie et favorisent les possibilités de protection contre le stress psycho-social. Les démarches qu'ils mettent en œuvre sont de nature ergo-sociothérapique. Elles ont pour objectif de faciliter la réinsertion sociale ou la réadaptation professionnelle. Par conséquent, loin de s'opposer, les traitements à visée curative et les soins orientés vers la réadaptation s'associent de façon synergique pour constituer des thérapies plurimodales intégrées.

Ce genre de thérapies demande des moyens institutionnels importants et pose des problèmes d'organisation. En effet, dans la mesure où il est composite, le programme thérapeutique fait intervenir plusieurs soignants de formations et d'identités professionnelles différentes (médecins, infirmiers, ergothérapeutes, psychologues, assistants sociaux, éducateurs). Il s'agit donc de coordonner leurs activités en une démarche collective cohérente et persévérante. Sur le plan de la continuité des soins, cet objectif pose un problème d'autant plus difficile à résoudre que sa réalisation à long terme implique généralement plusieurs institutions différentes. Comme le souligne Müller (1982, 1),

«c'est précisément dans un éventail de possibilités nouvelles, dans ce véritable réseau d'institutions à fonctions différentes, que résident les chances positives d'aider le malade de la façon la plus adéquate, puisqu'elles permettent de tenir compte aussi bien de sa situation momentanée que de sa personne, de ses capacités et de la gravité de son état».

Dans le domaine de la réinsertion sociale et de la réadaptation professionnelle, l'organisation du dispositif établi pour dispenser les soins a une grande importance, de même que l'évaluation de sa dynamique fonctionnelle ou évolutive. Pour aborder ces questions, une analyse institutionnelle fondée sur l'étude écosystémique des moyens thérapeutiques s'avère très utile.

Notre expérience est en relation avec la mise en œuvre d'une unité spécialisée dans la réadaptation psycho-sociale, dont l'activité est intégrée dans le fonctionnement général du Département Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte (DUPA), à Lausanne. À partir de 1988, cette démarche a donné lieu à une série de travaux concernant les systèmes thérapeutiques complexes, avec une focalisation de l'at-

tention sur le sous-système soignant. La synthèse du résultat de ces diverses études (Grasset, 1991) apporte le fondement théorique de notre pratique.

Au stade actuel de cette expérience (évaluation du fonctionnement de notre dispositif institutionnel), nous étudions, entre autres, les possibilités d'adapter ce dispositif aux conditions susceptibles de favoriser la créativité du système soignant.

Utilité de l'approche écosystémique dans le domaine de la thérapie institutionnelle

Bien qu'elle reste irremplaçable pour la compréhension psychodynamique de la relation soignant-soigné, l'optique psychanalytique maintient la dimension intersubjective du vécu relationnel. Or, en milieu institutionnel, l'activité soignante se situe essentiellement sur un autre plan: celui des interventions pratiques qui inscrivent l'influence thérapeutique dans la réalité concrète d'une activité partagée, avec toutes les interactions que cela implique. Dès lors, si pertinentes soient-elles dans leur champ d'application privilégié, les notions psychanalytiques se prêtent difficilement à l'étude de l'organisation des soins, où leur extrapolation pose problème. En revanche, l'approche écosystémique propose des concepts particulièrement adéquats pour décrire l'organisation des thérapies plurimodales intégrées, pour analyser leur dynamique évolutive et pour étudier le dispositif institutionnel qu'elles nécessitent.

Cette approche aborde les relations humaines sur le plan de la réciprocité des interactions. Elle focalise l'attention sur la circularité des échanges, en étudiant les phénomènes d'action et de rétroaction que cette circularité provoque entre les différents protagonistes d'un scénario relationnel. Elle s'intéresse à la transmission de messages, en considérant que leur caractère analogique est un vecteur d'information, mais aussi l'inducteur des rétroactions qui rendent l'influence mutuelle. Déterminant que l'individu est indissociable de son contexte relationnel, elle définit donc les soins sous l'aspect d'un processus interactif d'échanges de communications.

Sans subordonner les différents moyens thérapeutiques à une idéologie susceptible d'en perturber la nature, l'approche écosystémique introduit un outil de pensée (le principe de la causalité circulaire), un moyen d'analyse institutionnelle (la modélisation systémique du réseau d'intervenants), ainsi qu'un mode de compréhension (l'examen des mécanismes interactionnels d'action et de rétroaction).

Ce qui constitue le fondement d'une méthode permettant d'organiser une activité médico-soignante composite sans en dénaturer les différents éléments. Cette manière d'envisager les choses facilite la coordination des soins de diverses natures; elle aide à les intégrer dans un ensemble structuré et spécifiquement adapté aux besoins particuliers des patients. Cela d'une manière qui favorise l'autonomie et la créativité d'un programme thérapeutique donné, en le distinguant de l'activité générale et habituelle de l'institution où il se réalise. Par ailleurs, cette optique met l'accent sur l'importance des phénomènes de coévolution.

La réadaptation conçue comme un processus coévolutif de développement, dans le cadre d'un système thérapeutique complexe et dans un contexte institutionnel

L'institution psychiatrique forme un contexte qui influence l'évolution des patients, surtout lorsqu'ils restent longtemps sous sa dépendance. Il est donc pertinent d'en tenir compte dans le cadre des soins orientés vers la réadaptation. Si l'on a reconnu depuis longtemps les effets néfastes de l'hospitalisme ou de l'institutionnalisme, avec les facteurs de chronicisation qui en résultent (Goffman 1968; Wing 1975), des précurseurs comme Stanton et Schwartz (1954) ont également découvert, bien avant les écosystémiciens, que la dynamique relationnelle des soignants (désaccords latents ou consensus) contribuait à l'amélioration ou à l'aggravation de l'état des malades. Le rapport entre l'évolution de la maladie mentale et le contexte institutionnel où a lieu son traitement apparut ainsi avec un double potentiel. Bien qu'il induise un redoutable risque de péjoration, ce rapport peut aussi, dans certaines conditions, devenir le vecteur du processus thérapeutique. Cela pour autant que l'on trouve les moyens «*d'utiliser la structure sociale des institutions aux fins de traiter et de réadapter le malade*» (Bleandonu, 1976, 246).

Ce qui fut expérimenté et confirmé par les fondateurs de la thérapie institutionnelle comme Bonafé, Daumazon, Oury, Paumelle, Racamier, Sivadon, Tosquelles, ou d'autres encore comme Jones et les partisans de la thérapie communautaire (Benoit, 1982, 16). Il y a dix ans, en France, Benoit (1982) a montré le renouveau que l'approche écosystémique peut apporter à la thérapie institutionnelle. Depuis, se référant aux notions de croissance existentielle permanente et de système institutionnel thérapeutique, cet auteur a expérimenté et décrit les diverses modalités d'intervention qui permettent d'utiliser

cette optique dans une perspective qui implique, à la fois, l'environnement familial, social et thérapeutique (Benoit, 1992).

Parallèlement, en Suisse romande, un groupe interdisciplinaire de chercheurs universitaires (physicien, psychologue et psychiatre) a étudié les analogies que l'on peut trouver entre les propriétés, structurelles ou dynamiques, d'un système physico-chimique et celles d'un système relationnel humain. La découverte d'un certain nombre de phénomènes isomorphes leur a permis de montrer comment de tels systèmes évoluent ou se stabilisent. Leurs travaux ont abouti à la description d'un paradigme évolutionniste (Fivaz et al., 1983), d'où découle un modèle systémique de l'encadrement d'un processus de développement. Applicable aux systèmes relationnels humains, ce modèle permet de comprendre les analogies qui existent entre les fonctions pédagogiques, parentales et thérapeutiques (Fivaz et al., 1980 et 1981). De plus, au-delà de ces analogies, il permet de repérer des homologies, lorsque l'on compare les phénomènes relationnels qui apparaissent dans les systèmes micro-sociaux naturels (par exemple la famille) ou artificiels (par exemple les équipes soignantes pluridisciplinaires). Ce modèle s'avère donc très utile en ce qui concerne les soins orientés vers la réadaptation.

Sur la base de ces travaux et en collaboration avec E. Fivaz, nous avons utilisé les données du paradigme évolutionniste pour examiner l'organisation et le fonctionnement des réseaux d'intervenants médico-sociaux. Une méthode d'observation avec participation nous a permis d'étudier la dynamique évolutive de plusieurs systèmes soignants complexes, dans la perspective de leur co-évolution avec les systèmes soignés correspondants (Grasset 1988, 1990; Grasset et al., 1989). Ces études ont abouti à une définition de l'appareil institutionnel, qui le distingue catégoriquement des systèmes soignants qui en émanent. Cette distinction intervient tant sur le plan de l'organisation que sur celui du fonctionnement.

Le système soignant peut être utilement défini par rapport à la notion d'appareil institutionnel

Lorsqu'il s'agit d'associer et coordonner divers types de traitement, en suscitant la collaboration interdisciplinaire de plusieurs intervenants de formations professionnelles différentes et en intégrant leurs diverses activités dans le cadre d'un programme de réadaptation cohérent, les concepts d'appareil institutionnel et de système soignant, de même que les modélisations qui en découlent, facilitent et optimisent l'organisation des modalités thérapeutiques.

Rappelons par ailleurs que le système soigné et le système soignant sont deux sous-systèmes, évoluant interactivement pour constituer conjointement le système thérapeutique.

Par définition, un système relationnel humain est formé d'un ensemble de personnes qui communiquent ou interagissent de façon particulière. C'est-à-dire qu'elles le font d'une manière qui établit entre elles des liens humains significatifs. Et cela de façon que l'état de chacune de ces personnes contribue à déterminer l'état de chacune des autres. Dans le contexte artificiel des soins, un malade et les intervenants qui s'en occupent peuvent, à certaines conditions, correspondre à cette définition. Ce qui permet alors de tirer partie de l'élément humain de leur relation, dans ce qu'il peut avoir d'homologue avec des phénomènes microsociaux ou familiaux naturels.

Dans le sens d'un instrument articulant divers éléments pour effectuer une même fonction, le terme d'appareil correspond à l'acception la plus rudimentaire de la notion de système. Formé par les diverses structures organisées pour dispenser des soins (hospitaliers, ambulatoires ou intermédiaires), l'appareil institutionnel a un fonctionnement machinal dominé par la routine qui en assure la stabilité. Bien qu'il contienne l'activité interactive d'un certain nombre de soignants, il ne correspond pas à la définition d'un système relationnel. Son rôle essentiel est d'assurer le soutien logistique et l'intendance nécessaires à la disponibilité professionnelle des intervenants. Il remplit cette fonction par les moyens matériels ou les ressources humaines qu'il met à disposition. Cependant, en contrepartie, il impose une hiérarchie artificielle, de même que toutes sortes de dispositions administratives ou de stéréotypes fonctionnels; lesquels tendent à conditionner l'administration des soins. Par conséquent, lorsqu'il entre en contact avec l'institution, le malade qui demande des soins déclenche divers automatismes qui aboutissent à la désignation arbitraire d'un certain nombre d'intervenants. Ceux-ci vont s'occuper de lui, non seulement en fonction des besoins qu'il manifeste, mais aussi selon les règles habituelles du fonctionnement institutionnel.

Imaginons, par exemple, qu'une personne se signale à l'attention publique de façon suffisamment perturbatrice ou inquiétante pour provoquer l'intervention de la police. Étant donné que son attitude paraît bizarre, que son discours est incohérent et que son comportement s'avère inadéquat, on appelle un médecin de garde. Ce dernier observe un syndrome correspondant à une décompensation psychotique aiguë et prescrit une hospitalisation. Dès lors, conduite

d'urgence à l'hôpital psychiatrique le plus proche, la personne en question se trouve automatiquement prise en charge par une équipe pluridisciplinaire. Les membres de cette équipe vont s'occuper d'elle parce qu'ils sont de service à ce moment-là et que c'est leur tour d'accueillir une nouvelle admission.

Dans le cadre de la routine institutionnelle, l'organisation de l'activité soignante pluridisciplinaire vise surtout la coordination des rôles et la répartition des tâches en fonction de la planification d'un programme thérapeutique donné. Cette planification s'inscrit dans un déroulement linéaire, ponctué en fonction des temps et des lieux où s'effectuent différentes interventions complémentaires. La désignation des divers intervenants spécialisés garde son côté arbitraire, puisqu'elle dépend essentiellement des possibilités et des disponibilités du moment. À ce stade, bien qu'elle aboutisse à la collaboration organisée de divers soignants, la pluridisciplinarité n'induit pas nécessairement l'émergence d'un système soignant au sens relationnel du terme.

En revanche, lorsque certaines conditions sont réunies, une équipe pluridisciplinaire peut dépasser le fonctionnement habituellement induit par la routine institutionnelle, pour accéder à une certaine forme d'interdisciplinarité. C'est-à-dire une collaboration qui intègre le jeu des influences mutuelles jusqu'à obtenir suffisamment d'analogies, et par là même d'homologies possibles, avec les systèmes relationnels humains naturels.

Poursuivons notre exemple: admettons qu'au-delà des symptômes qu'elle manifeste, la personne hospitalisée d'urgence présente un désarroi existentiel suffisamment touchant pour éveiller une profonde sympathie parmi les soignants qui l'accueillent. Pour diverses raisons qui leur sont propres, certains d'entre eux vont se sentir particulièrement disposés à l'aider. Dès lors, pour autant que leur motivation ne rencontre pas trop d'obstacles, quelques intervenants (en l'occurrence un médecin et une infirmière) vont s'entendre et s'organiser pour continuer de s'occuper personnellement du malade nouvellement admis, plutôt que de le transmettre à d'autres une fois leur tour de garde terminé. Au cours de la remise de service, au lieu de relater banalement les circonstances d'une admission parmi d'autres, ils vont au contraire déjà parler de «leur» malade et des projets qu'ils commencent à échafauder à son sujet.

Certaines conditions sont nécessaires pour que s'établisse une collaboration interdisciplinaire, inductrice d'investissement relationnel cothérapeutique. Ce sont celles qui permettent à une équipe pluridis-

ciplinaire de se dégager de certaines contraintes institutionnelles, pour s'écarter un peu de la routine, acquérir une autonomie suffisante, de manière que chacun de ses membres puisse s'impliquer personnellement dans une activité thérapeutique collective, créative, différenciée, spécialement adaptée aux besoins particuliers du malade et modulable au gré de son évolution.

La constitution, l'organisation et l'évolution du système soignant, en fonction du modèle systémique de l'encadrement d'un processus de développement

En fonction de ce modèle, on considère que l'état pathologique instaure un équilibre maladif, caractérisé par le recours à des modalités dysfonctionnelles de relation à l'environnement, d'adaptation à la réalité ou de satisfaction des besoins. Le développement dont il est question tend à échapper à cette homéostasie morbide, pour accéder à un nouvel équilibre. Dans la mesure où il peut être obtenu par l'acquisition d'aptitudes nouvelles et par l'utilisation adéquate et réaliste des ressources à disposition, ce nouvel équilibre correspond à un assainissement du précédent, même s'il subsiste encore une pathologie résiduelle. Dès lors, la démarche thérapeutique consiste à trouver le moyen d'induire, parmi les changements adaptatifs possibles, ceux qui tendent à débloquer ou à développer les ressources. Ce qui permet d'obtenir une meilleure autonomie fonctionnelle. Dans cette perspective, le système soignant joue le rôle d'une instance de référence. Sa fonction essentielle est d'offrir un cadre pour canaliser les énergies au profit d'un processus évolutif aboutissant au développement souhaité.

Comme l'ont montré les travaux de Fivaz et al. (1980, 1981, 1983), le système soignant développe sa capacité d'encadrement du développement à partir de la position que lui confère sa fonction. Par rapport au système soigné, cette position est hiérarchiquement supérieure. Précisons à ce propos qu'il s'agit d'une hiérarchie fonctionnelle, au sens systémique du terme. Selon ces auteurs, les caractéristiques fondamentales de cette position hiérarchique supérieure sont: la constance, la stabilité et la faculté d'ajustement. L'entretien de l'influence thérapeutique dépend étroitement de ces trois facteurs. La constance et la stabilité assurent la cohérence du cadre, de même que la fiabilité de la référence qu'il constitue. La faculté d'ajustement induit l'adaptation des modalités d'encadrement, au cours de l'évolution, en fonction des besoins du système soigné. Condition de l'efficacité de la fonction thérapeutique, la faculté d'ajustement dépend de

la coévolution qui caractérise la relation entre le système soignant et le système soigné.

Revenons à notre exemple: une fois leur tour de garde terminé, ayant choisi de s'en occuper eux-mêmes dès son admission, un médecin et une infirmière se sont donc spontanément mobilisés autour d'un malade qui éveille en eux une attirance spéciale. Comme il s'agit d'un jeune homme d'une vingtaine d'années qui vient de quitter sa famille, dans des conditions très difficiles, pour prendre un logement personnel et commencer sa vie professionnelle dans un isolement social relatif, les deux intervenants vont interpeller une assistante sociale de leur choix et la persuader de venir compléter leur équipe. Bien qu'elles diffèrent de l'un à l'autre, les racines profondes et partiellement inconscientes de leur intérêt particulier réunissent dès lors ces trois soignants dans une motivation commune. Au-delà des simples devoirs de leur fonction, cette motivation personnalise leur investissement relationnel et conforte leur alliance. Ce qui les induit à orienter leur collaboration vers la recherche d'un programme thérapeutique suffisamment original pour être spécialement bien adapté aux nécessités du malade. Dès lors, au gré des aléas de l'évolution et des influences réciproques, ils vont conjuguer leurs efforts pour répondre aux besoins de leur patient, en évitant que la routine institutionnelle paralyse leur créativité. Il y a là l'amorce d'une coévolution.

Notion fondamentale pour la compréhension d'un processus de développement situé dans le contexte d'un système relationnel humain, la coévolution joue un rôle important dans la dynamique interactive que l'on observe dans le cadre des équipes interdisciplinaires. Notamment celles qui participent aux soins orientés vers la réadaptation. Dans l'épistémologie écosystémique fondée sur l'œuvre de Bateson, les notions de contexte et de coévolution sont liées:

«Le terme contexte indique l'ensemble vivant — l'écosystème — composé d'un organisme et de son environnement, indissociables et liés par une «constance dans la relation». Spécifiquement un contexte est «un schème inclus dans le temps (...)» où les individus, leur entourage et le milieu, en de continuelles interactions réciproques, sont «(...) liés dans un «processus de coévolution» (Benoit et al, 1988, 88). Dans cette perspective, «la coévolution concerne tous les faits de croissance et de créativité, l'émergence de conduites nouvelles et les modes systémiques de changement» (Benoit et al., 1988, 57), et elle constitue «un système stochastique de changement évolutif» (Bateson 1984, 233).

Au gré des aléas et des hasards de la vie, la coévolution correspond à un processus au cours duquel les divers éléments d'un système relationnel interagissent de manière à favoriser leur adaptation. Cette adaptation est mutuelle, car elle stimule l'apparition de comportements adaptés aux besoins de progression ou d'épanouissement de chacun, dans un contexte existentiel particulier.

Dans le système thérapeutique, les changements induits chez les patients sont donc en relation de réciprocité (complémentaire ou symétrique) avec les changements qui se produisent dans le réseau relationnel des soignants (sous forme d'une adaptation ou d'un ajustement fonctionnel). Autrement dit, l'évolution des patients s'avère solidaire de celle des thérapeutes. C'est-à-dire de celle d'un groupe d'intervenants, qui interagissent et s'influencent mutuellement dans le contexte de leur collaboration. Chez les soignants, la prise en compte explicite des aléas du processus coévolutif augmente la capacité d'éviter la stagnation ou les dysfonctions relationnelles, notamment celles qui contribuent pour une bonne part aux pièges de l'institutionnalisme.

Le système thérapeutique commence à se constituer lors de la première rencontre significative, sur le plan relationnel, entre un malade et des soignants appelés à s'en occuper. Dans cette situation initiale, davantage que les symptômes psychopathologiques, ce sont les nécessités existentielles du patient qui entrent en ligne de compte. À partir de là, le processus coévolutif commence nécessairement par une phase de différenciation. Cette phase est caractérisée par l'auto-organisation qui particularise l'action du sous-système soignant, en l'orientant vers la satisfaction des besoins pris en considération. Dès lors, progressivement, cette action tend à se distinguer, plus ou moins, du fonctionnement routinier du dispositif institutionnel dans lequel elle s'insère.

Au-delà de l'engagement fonctionnel des soignants dans la thérapie d'un patient donné, la différenciation dépend de leur implication personnelle dans un processus relationnel collectif inaugurant une histoire originale. Cette histoire sera celle d'un groupe de personnes qui est parvenu à s'organiser, en nouant des liens significatifs, pour contribuer à un processus de développement qui les concerne tous pareillement. Dès lors, la coévolution se produit au cours d'une succession d'étapes particulières où, en ce qui concerne le système soignant, les phases de covariation puis d'ajustement adaptatif alternent avec les phases d'encadrement stable.

La notion de covariation désigne un processus interactif, par lequel le groupe des thérapeutes est amené à fluctuer, en multipliant les interventions imprévues, lorsqu'il est déstabilisé par les réactions d'un patient en crise. Les intervenants sont alors profondément remis en question par les problèmes auxquels ils doivent faire face. Il en résulte un ébranlement de l'équilibre relationnel du système soignant. Ce qui le conduit à entrer en résonance avec le système soigné, au moment où celui-ci est également déstabilisé, parce qu'il est perturbé par des difficultés importantes (Seywert 1984, 128 et 129). En général, les phases de covariation coïncident donc avec les épisodes critiques de l'évolution du patient. Elles s'inscrivent, dans l'histoire du système thérapeutique, comme des anecdotes marquantes dont le dénouement débouche sur un ajustement adaptatif de l'activité soignante. Correspondant à des situations où il a fallu trouver une solution plus ou moins originale pour répondre aux besoins, elles témoignent donc de ce qui particularise l'identité du système soignant et renforce sa spécificité par rapport au système soigné.

Reprenons une fois encore notre exemple: le malade en question (que nous désignerons désormais par le prénom de David) va beaucoup mieux. Sous l'effet du traitement hospitalier, les symptômes psychotiques ont régressé, son discours est plus cohérent, les idées délirantes ont disparu et son attitude est devenue adéquate. Pour améliorer l'organisation et le potentiel du système soignant, les intervenants se sont adjoint la collaboration d'un ergothérapeute avec lequel ils ont habituellement beaucoup d'affinités. Dès lors, en donnant à David l'occasion de participer à des activités ergo-sociothérapeutiques ou en l'incitant à retourner de temps à autre dans son appartement, on le prépare à quitter l'hôpital. Pourtant, après avoir sollicité plusieurs fois l'équipe de garde en l'absence de ses thérapeutes habituels, lors d'épisodes anxieux nocturnes, il fait une fugue de plusieurs jours dont il rentre en piteux état. Ensuite, la situation reste critique: le patient continue de se montrer tendu, anxieux et parfois incohérent. Ébranlé par ces difficultés inattendues, perturbé dans ses projets, le groupe des intervenants effectue de nombreuses démarches visant à soutenir David le plus activement possible. Il apparaît que les problèmes d'émancipation du milieu familial sont considérablement réactivés par la perspective de réintégrer le domicile personnel et de reprendre le travail. Bien que la famille ait jusqu'alors gardé ses distances, l'équipe soignante s'efforce d'obtenir sa collaboration et finit par y parvenir. Après plusieurs rencontres avec les parents, le recours à l'hôpital de nuit pendant la semaine et la reprise de contact

avec l'entourage familial durant les week-ends permettent à David de reprendre son activité professionnelle d'employé de bureau.

En raison des homologies possibles avec les systèmes relationnels humains naturels, il n'est pas rare que le système soignant tende à reproduire, d'une façon ou d'une autre, les interactions dysfonctionnelles observables dans la famille d'origine des malades. Ce genre de phénomène apparaît surtout lors des épisodes critiques, lorsque la covariation perturbe l'équilibre relationnel de l'équipe des co-thérapeutes. C'est d'ailleurs à ces moments-là aussi que des changements se manifestent dans le système soigné, lorsque le patient montre des comportements nouveaux ou tout au moins inhabituels. Bien que leur apparition coïncide la plupart du temps avec une exacerbation symptomatique suffisamment importante pour provoquer la confusion, ces comportements particuliers signalent souvent l'amorce d'un progrès. Dès lors, il est évident que la réduction de tout épisode critique à une «rechute» pure et simple du processus maladif s'avère piégeante. En effet, une telle réduction enferme le système soignant dans la logique bio-médicale des techniques de traitement essentiellement orientées vers la réduction des symptômes.

Sans abandonner complètement cette logique, qui reste indispensable dans tous les cas, il importe cependant d'éviter son utilisation exclusive. Il faut en effet garder une ouverture vers les opportunités de changement et de progrès, que l'épisode critique fait apparaître en même temps que le risque de récurrence. Dans ce but, il faut dépasser le déterminisme linéaire habituel, pour introduire des modes de compréhension fondés sur le principe de la causalité circulaire. Ainsi l'individu n'est plus considéré isolément. Ce qu'il manifeste n'est pas seulement compris comme inhérent à «sa maladie» ou à son discours évolutif personnel, mais aussi comme une information indissociable des échanges de communications qui animent le réseau relationnel auquel il appartient, en l'occurrence le système thérapeutique. Ainsi, au moment où certaines tentatives peu adéquates d'affirmation de soi s'avèrent inquiétantes ou déconcertantes, il faut conserver la possibilité de décoder la signification positive qu'elles peuvent tout de même avoir. En effet, en dépit de leur composante morbide, ces tentatives peuvent augurer l'acquisition de comportements mieux adaptés aux exigences d'une vie sociale plus autonome. Dès lors, par sa mise en rapport avec le contexte microsociale où évolue le patient, l'expression paradoxale d'un progrès peut être reconnue parmi les symptômes. Ce qui permet de la prendre en considération et d'en

tenir compte pour déterminer les ajustements coadaptatifs du système soignant.

Tirons une dernière illustration de notre exemple: après quelques semaines d'une relative stabilité, David recommence à donner des inquiétudes. Rentrant tard le soir, multipliant les escapades sans but évident durant les week-ends, il montre une légère incohérence qui péjore la relation avec sa famille et risque de compromettre l'activité professionnelle qu'il vient de reprendre. Bref, on craint qu'une nouvelle décompensation psychotique s'amorce. Confrontés à cette situation, les divers intervenants sont entraînés à multiplier les prestations pour tenter de diminuer les risques: le médecin augmente la médication; l'infirmier rend visite à David le soir à l'hôpital de nuit; l'assistante sociale trouve la possibilité de le rencontrer en ville, près de son travail, durant la pause de midi. Cette covariation ne tarde pas à déborder les possibilités de l'équipe, sans provoquer pour autant une amélioration notable de l'état de David. Au contraire celui-ci se montre de plus en plus récalcitrant: il se plaint de l'effet des médicaments, estime que son conflit avec ses parents le gêne dans son travail, déclare que l'hôpital de nuit provoque de trop longs trajets et occasionne de nombreux désagréments. En analysant cet épisode critique, les co-thérapeutes perçoivent l'ambivalence qui se manifeste de part et d'autre dans la relation avec leur patient. Tout aspect symptomatique mis à part, ils comprennent que les troubles du comportement de David correspondent aussi à des velléités maladroites d'autonomisation. S'interrogeant sur la signification analogique d'un soutien, qui consiste à encourager activement une réinsertion socio-professionnelle, tout en multipliant les précautions et les marques d'inquiétude, ils détectent un double message. Ce qui les induit à changer d'attitude. Plutôt que de réhospitaliser David à plein temps et de se réfugier avec lui dans l'attente hypothétique de jours meilleurs, au contraire ils l'aident à quitter l'hôpital de nuit pour regagner son appartement personnel. Pour assurer eux-mêmes la continuité des soins, ils se réorganisent pour pouvoir suivre David après son départ de l'hôpital. Compte tenu des impératifs de leurs fonctions hospitalières habituelles, cette nouvelle adaptation provoque une certaine surcharge. Ce qu'ils acceptent, en s'écartant encore une fois de la routine institutionnelle, dans le but de préserver les progrès obtenus à la faveur de l'alliance thérapeutique en vigueur. Toutefois, si louable soit-il, cet objectif avoué permet d'éluder la perspective d'une transmission aux collègues de l'ambulatoire. Il recouvre donc l'impossibilité de remettre le système thérapeutique en question, notam-

ment pour envisager une modification du système soignant. Modification qu'il faudra tout de même réaliser à l'avenir, afin de tenir compte d'un aspect important de la réalité institutionnelle: la répartition des tâches entre les intervenants de l'hospitalier et ceux de l'ambulatoire. Cependant, au stade actuel de l'évolution, les relations sont encore trop intensément investies, de part et d'autre, pour que l'on puisse envisager d'y renoncer. Dès lors, dans le cadre du système thérapeutique ainsi maintenu, il faudra bien que soignants et soigné orientent leur coévolution vers une émancipation progressive et réciproque. Il importe que David se prépare à voler de ses propres ailes, si besoin est en poursuivant un traitement ultérieur, dans un centre de soins ambulatoires ou chez un psychiatre installé. Mais il importe aussi que les cothérapeutes eux-mêmes, prenant conscience des fondements personnels de leur contre-attitude, se préparent, de leur côté, à le laisser aller en acceptant sans ambiguïté qu'il en soit ainsi.

Lorsque le système soignant devient covariant, les cothérapeutes sont confrontés à deux risques opposés: celui de minimiser la composante malade des troubles observés, au détriment du traitement qu'il s'agit de prescrire, et celui d'en exagérer l'importance, au détriment des velléités de progrès, qu'il s'agit d'encourager. Une supervision attentive de l'activité du système soignant est donc nécessaire pour prévenir les excès dans un sens ou dans l'autre et, le cas échéant, favoriser les corrections qui s'imposent. Par ailleurs, il est utile que le superviseur élargisse le champ d'investigation et d'intervention à l'écosystème institutionnel où évolue le processus thérapeutique. Comme tous les systèmes relationnels humains, le système soignant tend à sauvegarder son homéostasie. Étant donné que celle-ci est mise en cause par la covariation, le groupe des cothérapeutes est alors incité à protéger son équilibre relationnel. Dans cette situation, il faut maîtriser deux tendances défensives, susceptibles de compromettre le processus de coévolution. Induite par le découragement provoqué par d'importantes difficultés, la première tendance consiste à chercher refuge dans la routine fonctionnelle de l'institution. La conséquence d'une telle attitude défensive est une perte d'autonomie par rapport à l'appareil institutionnel, au détriment des besoins d'évolution du système thérapeutique. À l'inverse, les contraintes visant à entretenir le bon fonctionnement de l'établissement peuvent contrarier les projets des intervenants, au point de menacer l'originalité et la créativité du système soignant. Pour préserver la marge de manœuvre dont il a besoin, le groupe des cothérapeutes peut alors être tenté de s'ingénier à contourner les obstacles par tous les

moyens; quitte à prendre trop de liberté par rapport à une routine dont il ne faut pas oublier la valeur stabilisatrice, ou par rapport à des habitudes professionnelles dont il ne faut pas perdre de vue le réalisme. Cette seconde forme d'attitude défensive conduit le système soignant à dépasser l'autonomie relative, pour dévier vers une indépendance excessive. La conséquence de cet excès de liberté est un risque d'épuisement, au détriment de la cohérence, de la constance et de la stabilité que demande une coévolution positive avec le système soigné.

De l'organisation du système soignant à celle de l'appareil institutionnel

Notre exemple montre qu'il est important, dans certains cas, que les soignants puissent se libérer un peu des contraintes de la routine institutionnelle, pour tirer parti des motivations qui résultent d'un investissement contre-transférentiel de bon aloi. Si le point de vue psychanalytique reste indispensable pour le contrôle compréhensif de ce genre d'investissement, il n'en reste pas moins que l'approche écosystémique est très utile pour orienter l'organisation des structures institutionnelles; de telle manière qu'elle reste ouverte à de telles possibilités.

Comme le montre Kaufmann (1983), le modèle systémique d'encadrement du processus de développement incite à tenir compte des besoins d'évolution du système soignant lui-même. Nous avons vu qu'une certaine forme de créativité (recherche de solutions adaptées) est nécessaire à l'adéquation des ajustements adaptatifs. Rappelons aussi que cette créativité révèle la compétence du système soignant, dans ce qu'elle a de spécifique par rapport aux besoins particuliers du système soigné. Afin qu'il conserve sa compétence lorsqu'il devient covariant, il importe que le système soignant garde tout de même suffisamment de constance et de stabilité, pour éviter d'être entraîné dans une crise qui le désorganise complètement. Par conséquent cette compétence, au sens systémique du terme, doit être garantie par un suprasystème stabilisateur; c'est-à-dire une structure qui donne au système soignant le statut d'un système «encadrant-encadré».

La dynamique évolutive d'un système soignant peut être favorisée par un suprasystème stabilisateur

S'articulant avec la direction médicale et administrative de l'établissement qui définit sa marge de manœuvre, interface entre la

hiérarchie artificielle de l'institution et la hiérarchie fonctionnelle du système thérapeutique, ce suprasystème joue le rôle d'une instance supérieure. Instance qui s'avère capable d'autoriser, dans certaines limites, la modification occasionnelle des règles qui définissent habituellement la routine de l'appareil institutionnel. Cela pour favoriser, au moment opportun, la capacité d'auto-organisation et d'autodétermination du système soignant.

D'autre part, en donnant lieu à des réunions de supervision, où se situe la formulation explicite de l'histoire particulière du système soignant, l'encadrement offert par ce suprasystème exerce un effet stabilisateur. En effet, par les autorisations qu'il donne comme par les limites qu'il pose, le suprasystème favorise les ajustements coadaptatifs, tout en maintenant les phénomènes de covariation dans un cadre qui entretient la cohérence du système soignant et conforte son identité. De plus, en authentifiant l'originalité de la vie relationnelle collective de l'équipe interdisciplinaire qui constitue le système soignant, cet encadrement stabilisateur est inducteur d'une métaréflexion. En effet, il incite le groupe des intervenants à prendre conscience de sa dynamique évolutive, en s'interrogeant sur son propre fonctionnement.

Par conséquent, dans la mesure où elle prétend tenir compte des données établies dans ce qui précède, l'organisation des structures institutionnelles doit prévoir une instance capable de jouer le rôle de suprasystème stabilisateur, pour les divers systèmes soignants susceptibles de se constituer, d'une façon ou d'une autre, dans le cadre du fonctionnement général de l'établissement. Dans l'organigramme, cette instance occupe une position intermédiaire qui lui permet de faire le lien entre la fonction hiérarchique (orientée vers la conduite directive des traitements médicaux, des soins paramédicaux et de la gestion administrative) et la fonction de supervision (orientée vers le contrôle de l'activité clinique des équipes médico-soignantes). En raison de la diversité des compétences qu'il faut réunir, il s'agit nécessairement d'un groupe pluridisciplinaire. Étant donné le rôle qu'il doit jouer, ce groupe doit avoir la capacité de diriger une unité fonctionnelle du dispositif institutionnel, avec suffisamment d'indépendance pour garantir l'autonomie relative des systèmes soignants qui peuvent émaner de cette unité.

Description du stade actuel d'une expérience institutionnelle

Entrant dans le cadre de ce que l'on appelle la recherche-action, notre expérience s'inscrit dans les démarches qui ont abouti à la

récente restructuration du Département Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte à Lausanne (DUPA). Sans entrer dans les détails de ce processus compliqué, précisons qu'il se fonde sur un bilan critique du fonctionnement des structures pré-existantes. Bilan à partir duquel furent établis les principes directeurs définissant les principaux objectifs de la réorganisation. La participation active à cette vaste entreprise a créé des conditions propices à une étude méthodique des phénomènes institutionnels. En effet, cette conjoncture nous a donné l'occasion de mettre à l'épreuve d'une réalisation pratique évaluable diverses notions théoriques, tirées de la littérature scientifique ou issues des résultats de nos précédentes recherches. C'est dans ce contexte que nous avons eu la possibilité de conceptualiser le projet d'une nouvelle unité de réadaptation, puis de contribuer à sa création et à sa mise en œuvre. Cette opportunité nous a permis de tenir compte des observations effectuées lors des études de la dynamique évolutive de divers systèmes thérapeutiques complexes (Fivaz et al., 1981; Grasset, 1988, 1990; Grasset et al., 1989).

Pour comprendre plus facilement ce qui va suivre, il faut se souvenir que l'unité de réadaptation (UR) est essentiellement composée de deux éléments qui fonctionnent différemment, dans une organisation d'ensemble qui les articule de façon complémentaire:

Il y a, d'une part, un dispositif hospitalier spécialisé dans la réadaptation (DHR: capacité d'accueil: 20 places d'hospitalisation complète ou de nuit et 10 places d'hôpital de jour), doté des moyens nécessaires pour assurer l'hébergement thérapeutique d'une cohorte de malades dont notre unité assume complètement la prise en charge, en effectuant l'ensemble des traitements médicaux et des soins paramédicaux qu'elle demande.

Il y a, d'autre part, un centre d'ergosociothérapie (CES: capacité d'accueil globale: 130 places disponibles durant la journée) destiné à accueillir quotidiennement des malades provenant des autres unités hospitalières ou ambulatoires du DUPA, pour leur offrir des soins réhabilitatifs, en complément du traitement qu'ils suivent en dehors de l'UR.

Par conséquent, hormis sa fonction particulière qui est de prendre complètement en charge, dans le DHR, les malades qui lui sont adressés sur indication spéciale et qu'elle soigne de façon indépendante, notre unité a pour mission générale de favoriser les soins orientés vers la réadaptation dans l'ensemble du DUPA. Une grande partie de l'activité clinique de l'UR se trouve donc totalement intégrée dans le fonctionnement général des autres unités du DUPA, où

elle contribue à la prévention secondaire et tertiaire. Le pivot de cette intégration est constitué par le CES, ouvert aux patients hospitaliers ou ambulatoires de l'ensemble du DUPA. Lorsqu'ils fréquentent le CES, ces patients bénéficient de prestations ergo-sociothérapeutiques, qui s'associent aux soins à visée curative qu'ils reçoivent, par ailleurs, en dehors de l'UR. La coordination des diverses modalités thérapeutiques est assurée par une interface de collaboration, qui permet aux intervenants du CES d'ajuster leurs prestations à l'activité thérapeutique de leurs collègues travaillant dans les autres unités. Premier maillon d'un dispositif institutionnel destiné à faciliter les diverses transitions qui jalonnent la réinsertion sociale et professionnelle, le CES fonctionne comme une structure intermédiaire, située en marge du site hospitalier. Ouvert en direction de la cité, il est en rapport avec d'autres structures intermédiaires (foyers, appartements ou ateliers protégés). Composé de divers ateliers à vocation différente (réhabilitation aux activités de la vie quotidienne, ergothérapie, activité artisanale occupationnelle telle que reliure ou menuiserie, activité productive pré-professionnelle telle que manutention, conditionnement, cartonnage ou dactyl-office, activité sociothérapeutique conviviale ou de loisir), le CES dispose d'un ensemble coordonné de moyens divers. Ce qui lui permet de développer une offre d'activités ergo-sociothérapeutiques aussi diversifiée et modulable que possible. D'autre part, répartis en différents sous-groupes selon l'atelier qu'ils fréquentent, les patients participent également à la vie sociale communautaire de l'ensemble; cela par l'intermédiaire de toutes les interactions induites par l'usage d'une cafétéria. Située au centre de l'établissement, cogérée par les patients et les responsables du CES, cette cafétéria donne lieu à des rencontres lors des pauses ou à l'occasion du repas de midi; elle est aussi utilisée pour diverses activités sociothérapeutiques de loisir, où interviennent des bénévoles venus de l'extérieur.

Conformément aux pré-supposés théoriques que nous avons décrits précédemment, nous partons du principe que l'aptitude à coévoluer positivement est liée à la capacité de supporter les phénomènes de covariation. Il importe donc que l'organisation générale de l'institution en tienne compte. Non seulement de manière à concéder aux équipes d'intervenants la faculté de s'auto-organiser, pour supporter momentanément, sans trop se déstabiliser, une certaine quantité de variations imprévues et un certain flottement dans les interactions. Mais aussi de façon que ces équipes ne soient pas continuellement confrontées à des triangulations avec les supérieurs

de la hiérarchie institutionnelle, dans ce qu'elle a d'artificiel. L'expérience montre que ce genre de triangulation tend à induire autoritairement des procédures arbitraires de sauvegarde de la routine institutionnelle. Et il s'avère que ces procédures privilégient parfois la quiétude de l'établissement, au détriment des besoins d'évolution de certains patients.

Par conséquent, dans le cadre de l'UR, les besoins des systèmes soignants sont pris en considération, par les règlements qui assurent la routine du fonctionnement institutionnel de base. Ces règlements sont établis de façon à limiter au maximum toutes les contraintes susceptibles de figer l'activité des cothérapeutes, dans une logique réduite à la technique usuelle d'administration des soins. Tout en provoquant quelques critiques concernant une trop grande souplesse de l'organisation, ces dispositions ont l'avantage d'entretenir une ouverture vers toutes sortes de modifications occasionnelles, qu'elles soient induites par les soignants eux-mêmes ou provoquées par les patients. Cette ouverture donne un sens à l'imprévu dans la réflexion collective des soignants. Elle entretient une curiosité à l'égard des changements possibles. Elle stimule une motivation pour expérimenter toutes les solutions qui permettent d'ajuster l'influence des thérapeutes aux vellétés de progrès manifestées par les patients.

Pour maintenir cette ouverture vers la créativité des systèmes soignants, il convient donc que les modalités d'organisation permettent, le cas échéant, de subordonner la routine institutionnelle de base aux besoins d'un système thérapeutique particulier. Par conséquent, dans certaines limites, des exceptions aux règles générales restent possibles, pour tenir compte des besoins d'auto-organisation et d'ajustement d'un système soignant, lorsqu'il doit trouver les moyens de s'adapter à l'évolution d'un patient donné. Cependant, il est évident que la cohérence du cadre institutionnel doit être préservé, de même qu'un minimum de stabilité fonctionnelle de l'établissement. Dès lors, ces exceptions ne peuvent pas intervenir n'importe quand ni n'importe comment. Il appartient donc au suprasystème stabilisateur de déterminer les métarègles, qui posent les conditions et fixent les limites de ces exceptions.

Pour garantir cette souplesse de l'organisation, un groupe pluridisciplinaire (le médecin-chef, l'ergothérapeute principal, l'infirmier-chef, et l'assistante sociale principale de l'UR) joue le rôle de suprasystème stabilisateur. Ces différents responsables ont participé ensemble aux diverses études qui ont précédé l'expérience en cours; ce qui leur a donné une formation spéciale pour cette fonction parti-

culière. En fréquentant régulièrement une interface de collaboration avec la direction médicale et administrative du DUPA, les membres de cette équipe dirigeante négocient l'amplitude de leur marge de manœuvre, en informant suffisamment les instances hiérarchiques supérieures et en vérifiant attentivement «jusqu'où ils peuvent aller trop loin» dans leurs initiatives. Pour cela, il convient de tenir compte des deux catégories de changement décrites par Watzlawick et al. (1975). En effet, si certaines modifications ne concernent que le fonctionnement particulier de l'UR elle-même (changement de premier ordre), d'autres peuvent déstabiliser ses rapports fonctionnels avec les autres structures du DUPA. Par conséquent si l'instabilité s'amplifie, le processus peut aller jusqu'à induire une adaptation qui introduira quelques transformations dans l'organisation d'ensemble du DUPA (changement de second ordre). Il est évident qu'un changement de la deuxième catégorie ne peut avoir lieu que s'il est compris et accepté par la direction générale. Faute de quoi, il ne provoquera que des rétroactions négatives, susceptibles de compromettre la poursuite de l'expérience.

Corollaire de l'ouverture aux imprévus, une certaine transparence tend à élargir les possibilités d'interactions en limitant les barrières entre soignants et soignés; notamment celles qui rendent certains espaces ou certains documents inaccessibles aux patients, provoquant ainsi des ségrégations d'environnements ou de modes d'accès aux informations.

Dans le cadre du centre d'ergosociothérapie (CES), qui s'y prête particulièrement bien, nous avons expérimenté l'ouverture totale des bureaux. Dès lors, un patient qui le demande a la possibilité de consulter les documents qui le concernent. Pour cela, le formulaire de référence est un document unique, qui évite toute forme de renseignement confidentiel; le cas échéant, il peut être rempli par le patient lui-même. De plus, les procédures habituelles du CES prévoient la possibilité d'un éventuel désaccord entre patient et soignants à propos de l'organisation du programme d'occupation ou des informations données à son sujet. Les fiches administratives sont conçues de manière que chacune des parties concernées puisse définir son choix. En cas de litige ou de contestation, l'un des colloques du CES donne lieu aux explications ou aux rectifications nécessaires. Ouvert aux patients comme aux soignants, ce colloque permet qu'une négociation tripartite s'engage avec les responsables du CES. Cette manière de faire induit une interactivité qui favorise la responsabilité et la motivation des malades. Elle permet de transformer une prescription unilatérale

en un contrat, dont le patient est réellement partie prenante; ce qui entre dans les moyens de subordonner la routine institutionnelle aux besoins d'autonomisation progressive des malades. D'autre part, les documents concernant la gestion des ateliers ou les prix des travaux effectués sont également accessibles aux patients qui s'y intéressent. Cette dernière accessibilité permet à certains patients de collaborer aux travaux administratifs du CES; travaux qui sont habituellement assumés par les divers intervenants paramédicaux de notre équipe (secrétaire, ergothérapeute, infirmier, moniteur d'atelier), selon la disponibilité ou les responsabilités de chacun.

Au stade actuel de l'expérience, l'évaluation en cours montre un fait intéressant. Il arrive de plus en plus souvent que des malades hospitalisés dans d'autres unités du DUPA, en dehors de l'UR, profitent de leurs promenades sur le site hospitalier pour venir spontanément s'informer. Ils demandent à visiter le CES pour savoir quel genre d'activité on pourrait éventuellement leur proposer dans ce cadre; ils cherchent à connaître les disponibilités des ateliers qui les intéressent. Depuis que nous favorisons ce genre de démarche, nous observons qu'elle revêt parfois un aspect paradoxal. Notamment lorsqu'un patient se présente au bureau du CES, non seulement sans y avoir été encouragé mais encore à l'insu du personnel soignant qui s'occupe de lui et qui estime probablement qu'il est encore prématuré de nous l'adresser. Même si ce genre de situation ne témoigne pas d'une relation très investie avec l'équipe soignante, le scénario et les échanges d'avis ou d'informations qu'il ne manque pas de provoquer peuvent constituer le début d'une histoire significative et, peut-être, amorcer l'émergence d'un système soignant authentique.

Illustrons ce phénomène par un exemple plus précis. Il s'agit d'un malade d'une cinquantaine d'années, hospitalisé depuis plusieurs semaines en raison de troubles psychiques persistants. Enfermé dans une attitude oppositionnelle, il refusait systématiquement tout ce qu'on lui proposait, en dehors d'un traitement médicamenteux. Au demeurant, les effets de cette médication sont restés très limités. Il passait donc le plus clair de son temps à déambuler sur le site de l'hôpital, fuyant le contact avec les soignants dans toute la mesure du possible. Ceci jusqu'au jour où il se mit à fréquenter la cafétéria du CES où — ce n'est pas un hasard — les boissons sont légèrement meilleur marché qu'à la cafétéria de l'hôpital voisin. Après une période d'inactivité contemplative, qui lui permit de s'apercevoir que certains patients y collaboraient, et quittant momentanément son attitude renfrognée, il voulut avoir la possibilité de

participer à l'exploitation et à la cogestion de notre cafétéria. On lui suggéra de demander cette permission au groupe des patients qui effectuent habituellement ce travail. Ce qu'il fit. Ayant ainsi obtenu d'être intégré à temps partiel dans cette activité, il sortit de sa réserve et de sa passivité pour proposer une modification de l'offre de boissons. Par la suite, estimant que le système actuel ne donne pas satisfaction, il s'est préoccupé de la gestion des stocks. À l'heure actuelle, il s'intéresse à l'ordinateur du dactyl-office dans l'idée d'apprendre à l'utiliser, pour faire une évaluation rétrospective approfondie des comptes de la cafétéria. Bien qu'il n'y ait pas encore de quoi pavoiser, l'espoir se confirme que la relation avec les soignants a des chances de s'améliorer, pour devenir plus explicitement thérapeutique.

D'autre part, dans le cadre de notre dispositif hospitalier spécialisé (DHR) où, contrairement à ce qui se passe au CES, les malades dépendent complètement de l'UR, nous avons la possibilité d'expérimenter plus directement, plus précisément et aussi plus indépendamment, tout ce qui concerne les rapports du système soignant avec l'appareil institutionnel. Nous étudions diverses possibilités d'organisation, dans la perspective de stimuler la constitution de sous-systèmes soignants authentiques et, par la suite, de favoriser leur coévolution avec les sous-systèmes soignés; cela dans un système thérapeutique encadré par un suprasystème stabilisateur opérant. Au stade actuel de l'expérience, pour tenir compte de la nécessité occasionnelle de subordonner la routine et les habitudes institutionnelles aux besoins d'ajustement coadaptatif des équipes de cothérapeutes, nous retenons principalement deux options.

La première concerne le statut du DHR. Étant donné que cette structure offre un hébergement thérapeutique orienté vers la réadaptation psycho-sociale, son statut est celui d'une division ouverte; avec le mode de fonctionnement qui en découle. Par conséquent, lorsqu'une décompensation nécessite une contention par un cadre très strict, le statut du DHR implique la règle de transférer le malade dans l'une des divisions fermées disponibles en dehors de l'UR, dans les autres unités hospitalières du DUPA. Il s'agit d'une prescription qui contribue à intégrer le fonctionnement de l'UR dans la routine institutionnelle générale du DUPA. Toutefois, en ce qui concerne cette disposition, notre option est d'introduire la possibilité d'exception suivante: dans sa fonction de système soignant, lorsqu'une équipe de cothérapeutes éprouve le besoin de garder dans le DHR un patient en crise évolutive, elle peut obtenir la fermeture de notre

division de soins pendant quelque temps. À ce propos, dans son rôle de suprasystème stabilisateur, le groupe des responsables pose les conditions et les limites suivantes: l'exception doit être motivée par des raisons qui sont clairement en rapport avec l'analyse explicite d'un phénomène de coévolution; le patient doit pouvoir reprendre la demande de fermeture à son compte, en la formulant lui-même; les problèmes liés aux inconvénients de la fermeture, pour les autres patients ou les autres soignants, doivent être ouvertement abordés dans les diverses réunions qui entrent dans les habitudes institutionnelles du DHR (colloque de synthèse des soignants et colloque communautaire des patients).

La seconde option concerne la structure du DHR, telle qu'elle est définie par l'arrêté d'organisation qui détermine la dotation et la disponibilité officielle de cette division de soins. En principe, les 20 lits et les 10 places d'hospitalisation de jour sont exclusivement réservés aux transferts des malades adressés à l'UR par les autres unités du DUPA. Ces transferts ont lieu sur indication spéciale, à partir du moment où les soins intensifs qui avaient justifié l'hospitalisation initiale ne sont plus nécessaires. Par conséquent, si un patient de la cohorte ambulatoire de continuité des soins de l'UR présente une nouvelle décompensation psychique aiguë après avoir quitté le DHR, il doit, en principe, être réhospitalisé dans l'une des divisions d'admission des autres unités du DUPA; si possible celle où il avait été admis initialement et à partir de laquelle il avait été adressé à l'UR. Comme la précédente, cette règle appartient à la routine institutionnelle qui définit l'intégration de l'activité clinique de l'UR dans le fonctionnement général du DUPA. À ce propos, toujours dans la perspective de créer des possibilités d'exception favorables à l'ajustement coévolutif des systèmes soignants, nous avons opté pour la constitution d'une capacité d'accueil de réserve (3 à 5 lits) qui ne modifie pas la disponibilité officielle. En effet, cette disponibilité supplémentaire reste exclusivement à la disposition de l'UR qui la gère en fonction de ses propres besoins. Complémentaire de la première, cette seconde option permet à une équipe de cothérapeutes qui le juge opportun, de réhospitaliser dans le DHR un patient en crise évolutive, plutôt que de le faire admettre ailleurs. En ce qui concerne cette deuxième catégorie d'exception, dans son rôle de suprasystème stabilisateur, le groupe des responsables pose des conditions et des limites superposables aux précédentes: la réadmission dans le DHR doit également être justifiée par des motifs liés à un phénomène de coévolution; le patient doit aussi pouvoir reprendre la décision à son

compte en formulant une demande d'admission volontaire. Enfin, les problèmes en rapport avec une surcharge éventuelle de l'équipe infirmière du DHR doivent être abordés dans le cadre du colloque de synthèse des soignants.

Bien entendu, toutes ces dispositions n'ont pas la prétention, illusoire, de faire accéder l'appareil institutionnel lui-même au statut de système soignant. Au sens où nous l'entendons, ce dernier reste obligatoirement constitué par une équipe de cothérapeutes collaborant dans les conditions d'implication personnelle et d'investissement relationnel requises. En effet, l'expérience montre que ces conditions sont indispensables pour que l'interdisciplinarité acquière des propriétés comparables à celles qui caractérisent un système relationnel humain naturel. D'autre part, l'expérience montre aussi que, dans bien des cas, le fonctionnement habituel de l'appareil institutionnel suffit à l'administration d'un traitement médical efficace, associé à des prestations paramédicales pluridisciplinaires de bonne qualité.

Il apparaît toutefois que la plasticité relative de l'organisation générale de l'UR a une signification importante pour les patients comme pour leurs thérapeutes. Cette signification s'exprime sur le mode de la communication analogique. Elle correspond à ce que Sassolas (1987, 641) appelle un message institutionnel, dans le sens où la dynamique fonctionnelle d'une institution interfère avec la dynamique évolutive des personnes qui la fréquentent. En l'occurrence ce message tend à inviter soignants et soignés à développer un partenariat aussi explicite que possible, à la faveur d'une convivialité relationnelle qui optimise les interactions et l'influence mutuelle qui en découlent. Par ailleurs, ce genre de message a la valeur d'un marqueur de contexte (Benoit et al., 1988, 305), dans la mesure où il manifeste la particularité des soins orientés vers la réadaptation, en soulignant la différence avec les soins hospitaliers à visée curative, mais sans nier leur complémentarité.

Conclusion

L'évaluation d'une expérience institutionnelle du genre de celle qui vient d'être décrite pose un problème méthodologique. Tout d'abord parce que le résultat d'une activité clinique multidisciplinaire orientée vers la réalisation de thérapies plurimodales intégrées ne peut pas être mis en évidence avec toute la rigueur scientifique souhaitable; dans l'état actuel de nos connaissances, on ne dispose pas encore d'instruments de mesure bien adaptés et les indices d'ef-

ficacité sont difficiles à établir. Ensuite parce que les possibilités de comparaison avec d'autres expériences du même genre ne sont pas évidentes.

Toutefois, le fonctionnement de notre unité va tout de même être évalué conjointement, d'un côté par un médecin de l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, d'un autre par un psychosociologue de l'Institut de Psychologie de l'Université de Lausanne. Ces chercheurs s'efforcent de définir une méthode aussi adéquate que possible. Pour le moment, leurs études sont encore dans une phase préparatoire. Les résultats ne seront donc pas disponibles avant un an ou deux.

En attendant, il faut bien se contenter des observations que l'équipe de recherche de l'UR peut faire par ses propres moyens, par l'examen méthodique de situations significatives, à l'aide d'une technique d'observation avec participation, et par l'étude rétrospective ou prospective de divers cas témoins. Nous sommes conscients des limites de ce genre d'investigations sur le plan scientifique. Sans être négligeable, leur validité est discutable et doit être considérée avec toutes les réserves de rigueur. Cela d'autant plus que nous avons été beaucoup trop impliqués dans la conceptualisation du projet, puis dans la réalisation de l'unité de réadaptation, pour pouvoir déterminer avec suffisamment d'objectivité dans quelle mesure nous sommes parvenus à traduire nos intentions dans la réalité.

Il n'en reste pas moins que la plupart de nos constatations tendent à conforter nos hypothèses, en dépit du fait qu'elle n'ont pas la validité nécessaire pour aller jusqu'à les confirmer. Jusqu'à preuve du contraire, l'utilisation des notions d'appareil institutionnel et de système soignant donne des résultats satisfaisants, dans la mesure où elle optimise l'organisation de la pratique clinique. Cette utilisation nous paraît donc susceptible de favoriser la thérapie institutionnelle, dans le contexte de la psychiatrie moderne.

Relevons pour terminer que la constitution d'un système soignant authentique dépend beaucoup des malades eux-mêmes. Nous avons constaté qu'elle est principalement induite par une capacité de mobiliser l'attention des soignants, en suscitant l'investissement relationnel. Nous allons même jusqu'à considérer que cette capacité est un indice de pronostic favorable, quelle que soit, par ailleurs, la gravité des troubles en question. Ce qui fonde diverses hypothèses qu'il faudra préciser et tenter de démontrer par des recherches ultérieures. En revanche, si touchants soient-ils, d'autres malades se noient dans le groupe et passent sans trop se faire remarquer; ils se

bornent ainsi à utiliser les soins tels qu'ils sont dispensés, en fonction des règles établies par la routine institutionnelle. Pour tous ceux-là, il importe donc d'accorder à cette routine tout le respect qu'elle mérite, afin de veiller à ce qu'elle conserve la meilleure qualité possible.

RÉFÉRENCES

- BATESON, G., 1984, *La nature et la pensée*, Seuil, Paris.
- BENOIT, J.-C., MALAREWICZ, J.-A., BEAUJEAN, J., COLAS, Y., KANNAS, S., 1988, *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, ESF, Paris.
- BENOIT, J.-C., 1982, *L'équipe dans la crise psychiatrique*, ESF, Paris.
- BENOIT, J.-C., 1992, *Patients, familles et soignants. La recherche d'un système institutionnel en psychiatrie*, Erès, Toulouse.
- BLEANDONU, G., 1976, *Dictionnaire de psychiatrie sociale*, Payot, Paris.
- FIVAZ, E., FIVAZ, R., KAUFMANN, L., 1980, Symptômes et thérapie: un modèle systémique, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 3, 35-41.
- FIVAZ, E., FIVAZ, R., KAUFMANN, L., 1981, Encadrement du développement, le point de vue systémique. Fonctions pédagogique, parentale, thérapeutique., *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 4/5, 63-73.
- FIVAZ, E., CORNUT-ZIMMER, B., GRASSET, F., ROUGEMONT, Th., TORNIER, S. 1981, Thérapie et institution: dimension et communications internes du système d'encadrement thérapeutique. *Extrait des Annales médico-psychologiques*, 8, 853-868.
- FIVAZ, E., FIVAZ, R., KAUFMANN, L., 1983, Accord, conflit et symptôme: un paradigme évolutionniste, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 7, 91-110.
- GOFFMAN, E., 1968, *Asiles*, Éditions de Minuit, Paris.
- GRASSET, F., 1988, Approche systémique et collaboration interdisciplinaire en hôpital psychiatrique, *Thérapie Familiale*, 9, n° 1, 3-16.
- GRASSET, F., FIVAZ E., ROUGEMONT Th., 1989, Thérapie familiale de longue durée et processus de développement, *Thérapie Familiale*, 10, 2, 147-162.
- GRASSET, F., 1990, *Une patiente, son enfant et la psychose — étude de l'organisation et de la dynamique évolutive d'un réseau thérapeutique complexe*, in Les parents psychotiques et leurs enfants, Actes du Ve cours international de psychiatrie de secteur, SM, Villeurbanne, pp 179 à 184.

- GRASSET, F., 1991, Approche écosystémique des troubles mentaux et réhabilitation sociale des patients soignés dans les institutions psychiatriques publiques, *Neuro-Psy*, 6, 4, 183-191.
- MÜLLER, C., 1982, *Les institutions psychiatriques, possibilités et limites*. Springer-Verlag, Berlin.
- KAUFMANN, L., 1983, L'autorité du psychothérapeute dans la perspective de la théorie systémique, *Archives suisses de neurologie, neurochirurgie et psychiatrie*, 1, 133, 119-129.
- SASSOLAS, M., 1987, Comment s'articulent, dans une structure intermédiaire, dynamique personnelle et dynamique institutionnelle?, *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 107, 641-646.
- SEYWERT, F., 1984, Les thérapies de famille avec les psychotiques hospitalisés, *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 104, 125-130.
- STANTON, A. H., SCHWARTZ, M. S., 1954, *The Mental hospital*, Basic Books, New York.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND J., FISCH R., 1975, *Changement, paradoxe et psychothérapie*, Le Seuil, Paris.
- WING, J.K., 1975, *Institutional Influences on Mental Disorders*, in *Psychiatrie der Gegenwart*, 2. Aufl, Bd III, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 327-360.

ABSTRACT

Institutional Therapy, Ecosystemic Approach and Psychosocial Rehabilitation

Care oriented toward rehabilitation requires the intervention of an interdisciplinary team to ensure a multidimensional therapeutic strategy within the institutional network. The ecosystemic approach is useful to understand the operation of the institutional apparatus and to study the organization and the evolving dynamics within the complex care system. On the grounds that rehabilitation is viewed as a developmental process, varied experiences demonstrate the need to adapt the institutional apparatus in favor of more creativity within the care system. Indeed, greater creative leeway will allow the care giver to be sufficiently differentiated and autonomous to co-evolve with the care receivers by adapting to the latter's needs without being trapped by the institutional routine.