

# Comment changer de paradigme dans la relation soignant-soigné

Prendre appui sur un projet culture à  
l'hôpital pour favoriser la  
participation des personnes vivant avec un  
handicap psychique

Margot Morgiève, Inserm - CERMES3  
Brigitte Ouhayoun, GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences

IRESP, jeudi 9 mars 2022

**Le contexte**

# METTRE EN ŒUVRE UNE OFFRE DE SOIN ORIENTÉE VERS LE RÉTABLISSEMENT



Cheminement individuel des personnes vivant avec un handicap psychique visant à une reconstruction identitaire non limitée à la maladie.



# METTRE EN ŒUVRE UNE OFFRE DE SOIN ORIENTÉE VERS LE RÉTABLISSEMENT

- Favoriser le réengagement dans la vie active et civique
- Offre de soin évoluée :

- aider le patient à une redéfinition de soi
- doter le patient des ressources nécessaires à une maîtrise des décisions
- Concevoir le soin comme l'un des outils du rétablissement parmi d'autres
- Engager un mode de relation soignant-soigné : Partenaires du soin

# MODÈLE DE PRISES EN SOINS « HORIZONTAL » : AMBITIONS ET OBSTACLES

« Abandon » d'un modèle vertical où le soignant est dépositaire d'une connaissance et de l'autorité vis-à-vis du patient.

Prise en soin centrée sur les valeurs du patient/ abandon de la notion de santé comme intérêt supérieur de l'individu



Patients et Soignants deviennent ensemble partenaires d'un soin :  
établissement d'un modèle horizontal

# MODÈLE DE PRISES EN SOINS « HORIZONTAL » : AMBITIONS ET OBSTACLES

La transformation d'un modèle relationnel est un « processus » qui ne va pas de soi

- Identité du soignant : Confiance en soi thérapeutique?
- Cadre thérapeutique : Autorité ? Intimité ?
- Dynamique collective : Équipe soignante



Comment engager ce processus ?  
Comment apprécier sa réalisation ?

## UNE UNITÉ DE PSYCHIATRIE UN TERRAIN « PARTICULIER »

- L'étude se déroule dans une unité de soin et de réhabilitation au sein d'un pôle innovant dédiés à la prise en charge de personnes vivant avec des troubles psychiques sévères et invalidants, en dépendance institutionnelle.
- La question de l'autonomie est soumise à des paradoxes des mesures restreignant les libertés : soins sans consentement, mesure de protection des biens...
- Hospitalisation au long cours de ces patients : habitudes, difficultés de changement des mentalités et des dynamiques collectives d'équipe

## UNE UNITÉ DE PSYCHIATRIE UN TERRAIN « PARTICULIER »

### Toutefois...

- Le travail subjectivation : préoccupation des soignants face à des troubles qui entraînent une forme de retrait de la vie psychique et un retrait social
- Culture commune issue de La thérapie institutionnelle développée dans l'après-guerre considère l'inclusion sociale et l'édification du patient en tant que sujet de son soin comme des mesures « thérapeutiques » essentielles
- Formation des infirmiers dans ce sens. Les professionnels sont préparés, en quête d'une appropriation de savoir-faire et d'une pratique collective cohérente



Quel impact peut avoir l'immersion du collectif soignant soigné dans un cadre précis mais affranchi de l'ordre médical ?

## COMMENT ENGAGER UNE AUTRE DYNAMIQUE ET PRATIQUE COLLECTIVE DU SOIN DANS UN SERVICE DE PSYCHIATRIE?

- Les projets « culture à l'hôpital » : co-financés par la DRAC et l'ARS ont pour ambition de donner accès à la culture aux personnes dont les troubles, ou une hospitalisation y font obstacle
- Ils sont dépourvus d'ambition thérapeutique, impliquent des artistes issus du milieu ordinaire sans formation thérapeutique



# COMMENT ENGAGER UNE AUTRE DYNAMIQUE ET PRATIQUE COLLECTIVE DU SOIN DANS UN SERVICE DE PSYCHIATRIE?

Regard(e) >

Engage 4 soignants et 8 soignés dans un processus de création artistique :  
expression photographique de leur regard singulier sur le monde.

## 3 ÉTAPES

1. acquisition des techniques photographiques de base,
2. choix d'un thème et réalisation des photos,
3. participation au travail scénographique d'une exposition dans un établissement culturel

# COMMENT ENGAGER UNE AUTRE DYNAMIQUE ET PRATIQUE COLLECTIVE DU SOIN DANS UN SERVICE DE PSYCHIATRIE?



Soignants et soignés sont engagés dans une situation d'apprentissage et de réalisation les plaçant de facto sur un pied d'égalité (aucune asymétrie de compétences concernant la photo), dont le cadre est assuré par un artiste sans considération des facultés participants.

# COMMENT APPRÉCIER CETTE TRANSFORMATION ?

Recherche participative :

Adossement d'un protocole de recherche dans le cadre d'un projet culture à l'hôpital

OBJECTIF

Produire de l'innovation dans la relation soignant soigné

## ENGAGER UNE RECHERCHE PARTICIPATIVE

Technique d'immersion dans une pratique conjointe affranchie d'une ordre médical



- Quels bénéfices ?
- Quels obstacles ?
- Induit-elle un processus de changement ?

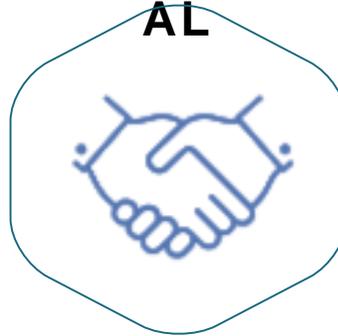
# **Le protocole de recherche**

	<p align="center"><b>ENGAGEMENT DE RESPONSABILITES</b>          Responsable Scientifique – Responsable de Traitement</p> <p align="center">Essais Rétrospectifs sur Données relevant de la          Méthodologie de Référence MR004</p>
--	---

Titre de la recherche	REGARD(E).
Références de la recherche	D20-R060
Responsable Scientifique <i>(responsable de la mise en œuvre)</i>	Madame Margot MORGIEVE
Responsable de traitement <sup>(1)</sup>	Nom : MORGIEVE Prénom : Margot
Centre(s)/Service(s) impliqué(s) dans la recherche	GHU Paris



## CADRE EXPERIMENTAL



### ENGAGEMENT

DES SOIGNANTS ET DES PATIENTS  
DÈS LA CONCEPTION DU PROTOCOLE

## ENTRETIENS SOCIOLOGIQUES



- 8 personnes hospitalisées
- 4 soignantes
- 1 photographe
- 1 cheffe de pôle

**Résultats de cette expérimentation participative**

# Un livre

# Regard(e)

Travaux photographiques de  
personnes évoluant dans un lieu  
de soins psychiatriques

## Pourquoi s'intéresser à un mégot par terre ?

« Oui, pourquoi s'intéresser à un petit mégot par terre, tout seul, comme ça, qui a encore de la cendre vive ? C'est pour dire qu'il était là, où qu'elle était là. Il ou elle fumait, puis est parti, a laissé le mégot sans l'écraser. Le mégot a vécu encore, un petit peu de cendre rouge, et donc, il est parti. Ça, c'est ma façon de voir les choses. »

Nicole.



Le projet Regard(e) m'a permis d'explorer les façons d'être au monde de ses participants : un photographe, huit personnes hospitalisées sur un temps long dans une unité de psychiatrie adulte et cinq soignantes : une psychiatre cheffe, une psychologue, une psychomotricienne et deux infirmières.

J'ai interrogé les participants sur leurs conceptions et leurs sensations du monde et d'eux-mêmes. Un regard posé sur soi, c'est un regard inévitablement façonné par le regard des autres. Je leur ai d'abord demandé : « Pourquoi êtes-vous là ? ». Plusieurs personnes hospitalisées m'ont dit ne pas savoir, ne pas comprendre, pourquoi, comme François : « Je ne comprends pas, j'ai envie de rentrer chez moi. On part en vacances samedi, avec ma mère. Ça va être bien, je vais prendre un maillot de bain ». D'autres ont nommé des symptômes : persécution, paranoïa, délires, hallucinations. Plusieurs récits ont mis en évidence combien la manière d'être au monde « avec un trouble mental » est modelée par son contexte social, culturel et historique. L'expression du trouble doit avoir une forme reconnaissable et compréhensible par l'ensemble de la société. Elle doit être répertoriée.

Si le botaniste dispose d'un système de classification naturelle des espèces végétales, lui permettant de répertorier 13 000 espèces de Flicophytes identifiées comme appartenant à la sous division de cryptogames vasculaires, le psychiatre dispose quant à lui d'un système de classification qui repose sur une construction sociale de catégories diagnostiques. Ces catégories et ces théories traduisent une certaine vision de la personne, de ses problèmes et des moyens à mettre en œuvre pour y pallier. Lorsqu'une personne vivait avec un trouble mental est suivie par un psychiatre, elle peut adopter le vocabulaire, les théories, les interprétations du monde de cet expert et, plus encore, une image d'elle qui se conforme à ses conceptions. La façon dont son trouble se manifeste peut alors elle-même être modifiée par ce processus d'induction. Plusieurs participants cherchent ainsi comment et se racontent, en composant leur réalité entre les mots savants des docteurs et leurs propres perceptions, hésitations, incompréhensions. Mustapha explique : « Je suis à l'hôpital parce que j'ai vu une sorte de phénomène. Je ne sais pas ce que c'est. Les médecins ont dit que c'était des hallucinations. Je ne sais pas si c'est un esprit, ou un djinn, c'est la première fois que je vois ce genre de couleur. ». Et Amar : « Le docteur m'a dit persécuté, ou paranoïaque... Moi, je ne sais pas. Vous savez,



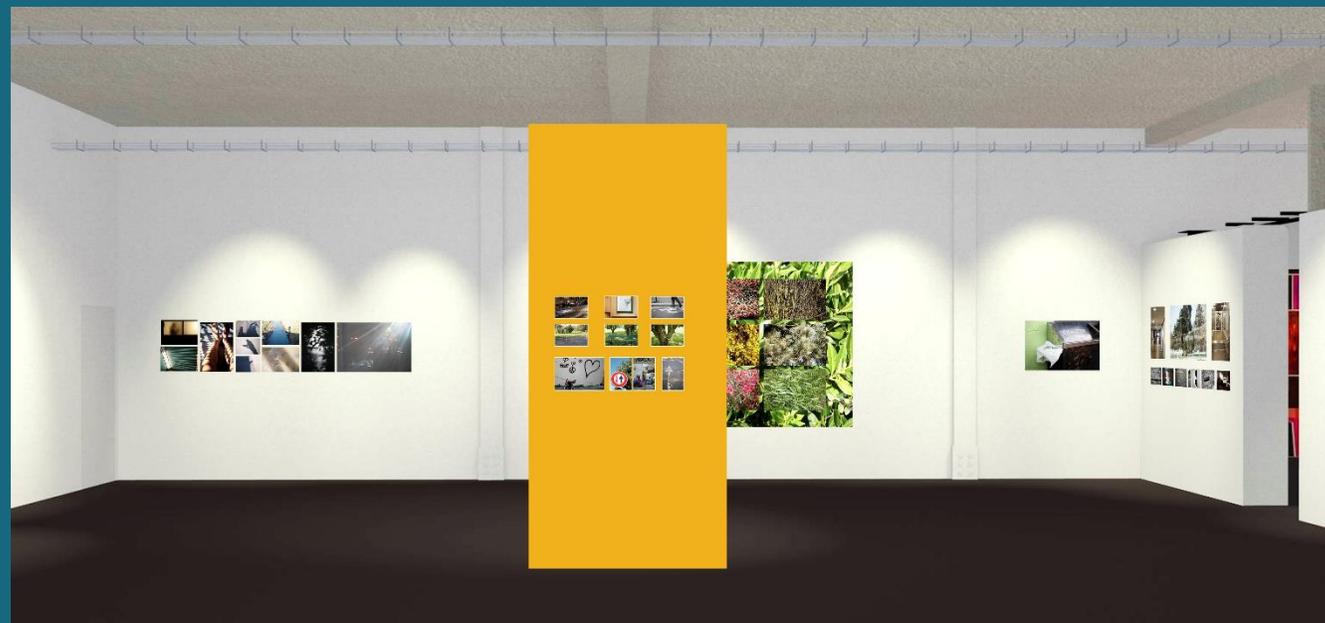
» Amar —> Laisse béton

» Amar

» Laisse béton



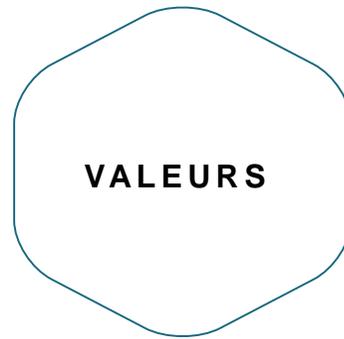
# Une exposition



Une lecture par 14 comédiens



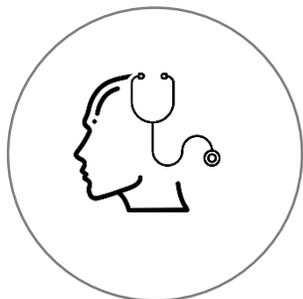
# Horizontalisation des rapports participe à un changement de l'esprit du soin



davantage pris en compte

## DANS LE CADRE DE CETTE INTERVENTION

SOIGNANT



n'a plus le monopole  
du savoir et du pouvoir

USAGER



devient expert, partenaire,  
acteur de ses soins

Avons-nous réussi cette rotation horizontale ?

## Points de vue des personnes hospitalisées

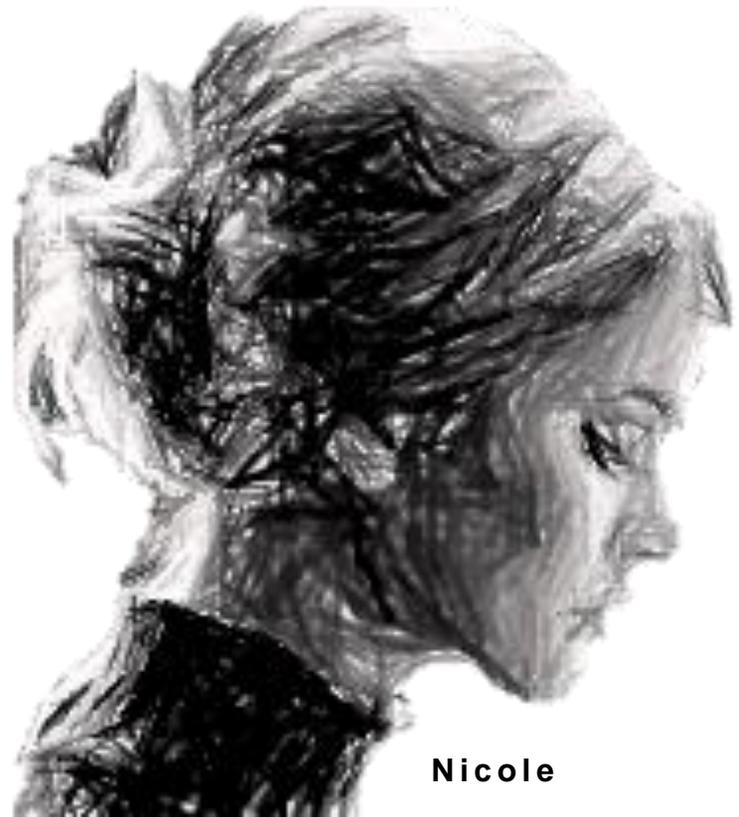
Pas sensibles à ce *changement de l'esprit du soin*.

C'était normal,  
ça ne m'a pas surprise.

**Marie**



L'horizontalité est naturelle, dans l'ordre des choses.



**Nicole**

Ça ne m'est jamais venu  
comme quelque chose que  
j'aurais dû indexer.

## Points de vue des personnes hospitalisées

Mustapha est le seul à avoir perçu que quelque chose de singulier se passait. Et à en éprouver du plaisir.  
Plaisir de travailler avec des soignantes, dans la même posture d'apprenantes que lui



Parce qu'elles aussi, elles font des photos pour elles, à leur nom.

**Mustapha**

Vécus très contrastés

Difficulté d'ôter tout ou partie de leur costume de professionnelles

La casquette de soignant,  
c'est difficile de l'enlever.

**Camille**



Participer à l'atelier leur a imposé de se questionner sur leur souhait et leur possibilité de se départir de leur posture, de leur point de vue de soignant sur la situation, de toutes ces choses qu'elles font tout le temps, au quotidien.

Difficultés à comprendre comment se situer, elles, en tant que soignantes.

Quand on est venu me présenter l'atelier, c'est dans la peau de la soignante qu'on me présente l'atelier. On ne me dit pas : « *Enlevez votre blouse et vous n'êtes pas soignante* ». Je suis infirmière, quel est mon rôle, qu'est-ce que je vais faire ? On nous demande de coopérer à une activité culturelle alors que je suis soignante.

**Maria**



C'est flou. Quelle peut-être sa véritable place ? Ce n'est pas clair. Puis elle commence à percevoir la position. Elle croit comprendre qu'elle doit se mettre à la hauteur du patient.

Si les patients le font,  
pourquoi je ne pourrais pas le  
faire ?

**Maria**



Ce qu'elle fait quand elle va à l'atelier ?

Elle se met en tenue de ville.

Elle enlève sa blouse.

Elle se positionne en horizontal.

L'animateur, n'étant pas de la partie , il faut l'épauler, au cas où au niveau des patients, il y aurait une incompréhension, une angoisse, ou juste un trouble du comportement, que l'animateur pourrait mal interpréter et créer une recrudescence de l'angoisse.

**Maria**



Ce cadre ordinaire a permis qu'il se passe des choses moins ordinaires.



Les patients nous ont  
montré des choses qu'ils  
ne montrent pas dans  
d'autres espaces .

**Constance**

L'atelier a inclus dans un projet culturel, ouvert sur la cité, des personnes hospitalisées sur un temps long, qui, en général, sont plutôt exclues des projets, exclues de la vie extérieure, exclues de tout ce que les villes peuvent proposer comme activités.

Les soignantes n'ont pas été « que des participantes ».  
Elles n'ont pas entièrement enlevé leur costume professionnel.  
Et tant mieux, parce que lui, le dit, il n'y connaît rien.



Même si je n'ai pas un appareil photo, il y a des moments où je vois un cadrage, je vois des choses. Je ne la ferai pas la photo mais dans ma tête je la fais d'instinct.

**Arnaud**

C'est une **injonction paradoxale** qui a été faite aux soignantes.

En leur disant, vous êtes  
garantes d'un cadre pour les  
personnes hospitalisées, et en  
même temps vous êtes  
participantes.

Brigitte



Il ne les a vraiment pas vus malades. Ou s'il a vu la maladie, elle ne l'a en aucun cas empêché.  
Un usager de l'unité avait choisi comme thème le fleuve. Et puis après, il s'est mis à prendre en photo des fleurs.



Mais attend, c'est pas du tout ça ta thématique, enfin qu'est-ce que tu fais ? Ce n'est pas de l'eau !

**Arnaud**

En l'occurrence, fleur et fleuve, il y a un lien, sonore.

Et on sait que les schizophrènes font des associations dites non pertinentes.

Lui dire « *ce n'est pas dans la thématique* », c'est une vision très rationnelle et très discrète de ce que c'est que l'eau, très sectionnée.

L'horizontalité c'est  
**technique**, ce n'est pas  
quelque chose qui tient  
de soi-même.

Brigitte



**Point de vue de la Cheffe de Pôle, suite...**

Nous avons effectué une **recherche participative** qui implique les professionnels du soin dans une **pratique immersive** visant à modifier la posture soignante

### STRATÉGIE OPÉRANTE CAR :

- Elle ébranle le professionnel sans désorienter le patient
- Elle engage le **processus de transformation** dès le stade de recherche :
  - Le professionnel se départit progressivement de certaines références et trouve de nouveaux repères en développant un **regard réflexif sur sa pratique**
  - Le processus engage le **collectif** dans cet effort de mutation, **ensemble**, de façon synchronisée

La recherche permet aux professionnels d'identifier et questionner le caractère paradoxale de certaines injonctions :

Simple participant ou **interprète**  
au service du patient ?

Simple participant ou bien **garant**  
d'un cadre thérapeutique ?

Merci  
de votre  
attention

