

INSTITUT EUROPEEN PSYCHANALYSE ET TRAVAIL SOCIAL

PSYCHASOC

3 RUE URBAIN V 34000 MONTPELLIER

SUPERVISION ET VIOLENCE INSTITUTIONNELLE

Fragments du journal d'un superviseur

Monographie pour la certification de

***« Superviseur d'équipes en établissements sociaux, médico-
sociaux, sanitaires et scolaires ».***

(XXII^{ème} promotion, Juin 2015-juin 2016)

Serge DIDELET

RE-PERES

I. Ouverture

1.1 Un peu d'autobiographie raisonnée : d'où je parle ?

1.2 La supervision, conception et éthique.

2013

II. Présentation des trois EHPAD.

III. Fragments d'un journal de terrain (avril à décembre 2013).

3.1 Les gentianes.

3.2 Les Alpes.

3.3 Les Airelles.

2014

IV. Analyse intermédiaire : bilan et perspectives.

V. Fragments d'un journal de terrain (février à décembre 2014).

VI. Face à la violence, garder la posture !

6.1 La père-version institutionnelle.

6.2 La posture du superviseur.

6.3 Quand l'institué conclut.

Bibliographie non exhaustive de la formation.

« Nous marchons, aveuglés dans des misères inconnues, sans Antigone à nos côtés »¹

Jean Oury

I. Ouverture

1.1 Un peu d'autobiographie raisonnée : d'où je parle ?

Afin d'expliciter d'où je parle, je m'autorise à renouer à cette occasion, avec la méthode biographique ; d'où l'impression, après de nombreuses relectures (et réécritures, en recherche du signifiant idéal !), de me raconter, avec des ruptures, des associations libres, des remarques, au détriment de la cohérence. Cependant, je sais où je vais, même si je navigue « à vue ». En outre le destinataire-lecteur supposé étant psychanalyste, il aura peut-être de ce fait une lecture psychanalytique de ces éléments autobiographiques, et il pourra en outre en apprendre un peu plus sur le sujet, au-delà des masques sociétaux, la *persona*...et le statut de « stagiaire » dans une formation professionnelle.

Je suis né en 1954, dans une banlieue qui ressemblait à la campagne, à cette époque, la France était rurale. 1954 fut l'année de l'appel de l'Abbé Pierre en faveur des sans-logis. Nous habitons, mes parents et moi, au fond d'un verger, dans une cabane de neuf mètres carrés, sans eau courante ; mon père travaillait douze heures par jour, nous ne manquions pas d'argent, mais il n'y avait pas encore de logements sociaux, et cela lors de la grande explosion démographique de l'après-guerre. J'ai plus de soixante ans, je témoigne de ce fait d'une pratique sociale et professionnelle qui s'étend sur quatre décennies. Ce n'est pas rien. A l'automne de ma vie, je me pose souvent la question de ma trajectoire, de ma biographie.

De plus en plus de sociologues et de chercheurs en *Sciences Sociales et Humaines*, intègrent la démarche biographique dans leur outillage méthodologique, en opposition peut être à un certain « diktat » de la quantophrénie, cette propension à ne donner légitimité qu'aux seules méthodes quantitatives, un danger qui menaçait les sciences sociales et

¹ Jean Oury, « Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle », Editions du Champ social 2001.

humaines dans les années soixante. Les évènements du printemps 68 et les années qui suivirent changèrent le paysage des sciences humaines.

Dans les années 70, « *le récit de vie connaît une véritable mode, c'est un phénomène de masse qui dépasse le cercle des spécialistes ; les maisons d'édition ont des collections dans le domaine, citons « Terre humaine » chez Plon, « Vécu » chez Laffont-, « Témoins » chez Gallimard, « Mémoire du peuple, chez Maspero »*²

L'histoire de vie peut, selon les visées, être utilisée sous la forme d'entretiens plus ou moins approfondis avec un sujet qui nous raconte sa vie de façon volontaire, avec comme intention d'y trouver un sens. Cela produit une biographie. Il y a eu dans les années 80 un véritable renouveau épistémologique – transdisciplinaire - qui s'illustra notamment par les travaux de Vincent de Gaulejac, théoricien de la sociologie clinique, praticien d'une méthodologie du roman familial. Il ne faut pas omettre de citer Henri Desroche, inspirateur de la « philosophie » du DHEPS³ », où une (ou des) praxis deviennent visibles dans le champ universitaire, c'est un peu comme l'éducation populaire qui s'invite à l'Université. Henri Desroches travailla sur une méthode de l'autobiographie raisonnée, maïeutique socratique modernisée, ou l'art d'accoucher de connaissances nouvelles, fondée sur les réminiscences du sujet social, à travers son histoire, son trajet, et son projet, qui est l'autre nom du désir.

En outre, cela rappelle le précepte, inscrit au frontispice du Temple de Delphes : « *Connais-toi toi-même, et tu connaîtras l'univers et les dieux* ».

L'idée fondatrice est de réunir théorie et pratique, une pratique théorique (Althusser, 1970), une praxis⁴ ; d'où l'émergence de concepts tels que recherche-action, recherche-formation, formation-action, recherche-action-formation. Cette méthodologie estompe les

² Pineau et Legrand, *Les histoires de vie*, PUF, Paris, 1993.

³ Le Diplôme des Hautes Etudes des Pratiques Sociales, organisé en divers lieux et notamment à la Sorbonne Nouvelle (Paris III).

⁴ Praxis : vient du grec « prattein » (faire). La praxis est le fondement de la dialectique (Marx, Hegel). Il s'agit d'un processus itératif entre le réel, la pratique, et la pensée théorique : « faire, et ce faisant, se faire ». C'est aussi le processus par lequel on transforme le réel en symbolique.

frontières épistémologiques, les articule entre elles, effaçant par là le cloisonnement de pratiques de recherche, dans les S.S.H,⁵ qui de ce fait se transversalisent.

L'histoire de vie est une (dé)construction du sens à partir de faits personnels, d'actes, de dits, de dires, d'évènements, de phénomènes. Bien menée, cette praxis permet d'accéder à son historicité, « *c'est à dire la construction personnelle de sens à partir des sens reçus, des non-sens et contresens qui égrènent et jalonnent l'expérience vécue des entre-deux, naissance et mort, organisme et environnement.*⁶ »

La démarche biographique est multi référentielle car l'histoire personnelle s'imbrique dans une histoire familiale, laquelle est partie intégrante d'une histoire sociale, déterminée elle-même par les conditions réelles d'existence, même si elles sont perçues imaginativement. S'il y a le sujet singulier, sujet de l'inconscient qui n'est pas maître en sa demeure (Freud), il y a aussi le sujet social, qui subit les déterminismes de l'aliénation, c'est aussi le sujet pris dans l'idéologie⁷ (la super structure), et les rapports de production (Marx et l'infrastructure). Comme le disait Jean Oury, l'aliénation est double : sociale et transcendantale ;⁸ ou encore, l'énoncé – qui m'est cher – du philosophe et sociologue Saul Karsz, dans les années 90 : « *L'idéologie et l'inconscient font næud* ». ⁹

Ainsi, je suis à la fois le produit et le producteur de mon histoire, et en ce sens, le porteur d'une historicité où je suis à la fois sujet et objet, dans la mesure où les déterminants agissent sur cette histoire sociale, que je n'ai pas toujours pu parler au nom de ma position

⁵ Les Sciences Sociales et Humaines (SSH).

⁶ Ibidem.

⁷ Je risque de l'évoquer souvent, alors, il faut bien en donner des définitions. Pour le philosophe Louis Althusser (1918-1990), il s'agit de « La représentation du rapport imaginaire des individus, à leurs conditions réelles d'existence ». Pour Georges Lukacs (1885-1971) « l'idéologie est en réalité une projection de la conscience de classe de la bourgeoisie, qui fonctionne pour empêcher le prolétariat d'atteindre une conscience réelle de sa position, sur le plan politique et révolutionnaire ». Ces deux définitions s'articulent à souhait, il s'agit bien de « ce dans quoi on marche », sans s'en rendre compte.

⁸ F. Tosquelles définissait la schizophrénie comme un collapsus de la transcendance.

⁹ A partir de là, et l'hypothèse suivante, il n'y a qu'un pas, et je l'ai fait, lorsque je participais au Séminaire « Déconstruire le social » organisé par Saul Karsz : L'idéologie serait à la société, ce que l'inconscient freudien serait au sujet...mais je m'égare dans *le plus de jouir* de l'écriture...

subjective, dire « je », que j'ai parfois été « agi » par mes habitus¹⁰ ; ou encore, pour survivre socialement, peut-être ai-je parfois usé de duplicité, tel un caméléon instituant. Il faut savoir naviguer dans l'institutionnel, et à plus de soixante ans, je suis soulagé d'en être libéré : cette idée me fait maintenant horreur¹¹. Cette désaliénation, c'est le lot de consolation du « vieillir », c'est se soustraire d'un certain lien social qui peut étrangler, comme l'expliquait Joseph Rouzel, qui le tenait de François Tosquelles. Dans la vie socio-professionnelle, sont le plus souvent érigées en qualités les pires défauts de l'espèce humaine, ces bipèdes parlants. Nous assistons à une inversion historique des valeurs, ne dit-on pas avec admiration d'un cadre dynamique, qu'il a des qualités de « killer » ? (Il sait foutre les autres à la porte, ou remplacer une infirmière par deux ASHQ !), qu'il est implacable, que c'est un gagnant, qu'il ne fait pas de cadeaux, et on trouve ça très bien.

De même que l'égoïsme, l'égoïsme, le narcissisme, la convoitise, la rivalité, l'esprit de compétition, le « chacun pour soi », l'agressivité, - traits de personnalité qui s'apparentent à l'imaginaire - seraient des valeurs positives au sein d'une entreprise, pour le manager, comme pour le prolétaire le moins payé. L'entreprise, c'est le défilé des semblants et des masques sociétaux, c'est l'obligation permanente à s'adapter à des normes instituées, et cela pendant quarante ans minimums ; alors, il y a comme un sentiment de libération à quitter le salariat, je peux en témoigner : comment en novembre 2011, et en moins d'une minute, j'ai quitté une durabilité, une stabilité, la sécurité de l'emploi (relative), c'est-à-dire une condition aliénée et bien rémunérée, pour l'inconfort et la liberté de l'exercice de la supervision.

Passage à l'acte, ou acting-out ?

La supervision, c'est la liberté que confère la solitude. Le superviseur est seul dans sa tiercéité, garant du cadre, il fait borne pour les petits autres de l'interlocution. Il borde le Réel,

¹⁰ **Habitus** : concept qui vient de la théologie médiévale. Il s'agit d'un ensemble de dispositions acquises et durables. L'habitus étant lui-même « engendré dans et par des conditions objectivement définies par ces régularités » (Bourdieu). L'habitus, à l'instar de l'idéologie nous « fait faire », nous sommes déterminés par lui, ce qui ne veut pas dire que l'on ne peut pas s'en libérer. La psychanalyse sert aussi à cela, et de surcroît. L'habitus est à mon sens à mi-chemin entre la sociologie et la psychanalyse.

¹¹ Ce qui me fait horreur, c'est ce qui se passe dans certains établissements soumis à la doxa managériale « macronite » et à l'idéologie dominante. Il ne s'agit pas des institutions qui relèvent – à minima – d'une confrontation dialectique, entre l'instituant et l'institué.

le Symbolique, et l'Imaginaire. C'est le jardinier de la réalité sociale et psychique, l'ouvrier d'entretien *des corridors du quotidien* (Fustier, 1987), celui « qui y met les mains », qui débouche le Réel comme il déboucherait un évier, celui qui « *purge la pratique comme on purge ses radiateurs, pour faire partir les bulles d'air, qui rendent la circulation difficile* » (Saul Karsz, 1990).

Reprenons ce parcours de vie dont j'ai bien du mal à respecter la chronologie. En identifiant les déterminismes qui ont pu m'entraver, cela m'a permis de comprendre les choix que j'ai pu (ou cru) faire, et me conscientiser sur la façon dont ces choix furent conditionnés par cette même histoire. Cela m'a amené dans le meilleur des cas à les modifier, à abandonner les habitus qui freinent, à en intégrer d'autres, afin de me constituer en sujet psycho-social (le plus libre possible, même s'il y a un prix à payer !), acteur de sa vie, et sujet porteur de son historicité.

Parfois, pour m'échapper, j'ai fait des fugues psychiques plus ou moins pensées, il faut dire que j'étais plutôt agi par mes pulsions, et c'est arrivé deux ou trois fois, lorsque l'aliénation sociale m'envahissait trop, impactant sur ma psyché, il fallait alors que je me mette à l'abri de l'Autre persécuteur, car laisser le grand Autre pénétrer en soi, c'est la porte ouverte à la paranoïa ; et le bricolage délirant à la Schreber, ce n'est pas viable pour l'économie psychique !

Au niveau professionnel, chronologiquement dans « les grandes lignes », j'ai été professionnel de la montagne, animateur socioculturel, directeur d'équipement de vacances familiales, chef de projet d'animation dans un gros Comité d'Entreprise, responsable enfance/jeunesse sur ma commune. J'ai été en outre sollicité pour des dispositifs d'évaluation et d'audit par des associations d'éducation populaire (évaluation d'un dispositif d'insertion), et notamment par le SIVOM (haute vallée de l'Arve) pour lequel j'ai travaillé à l'élaboration d'un diagnostic social sur les jeunes du canton de Chamonix. Je suis souvent intervenu dans des formations d'éducateurs et d'animateurs, j'ai été plusieurs années membre-expert de certains jurys d'institutions de travail social, dont notamment et surtout, aux CEMEA.

Mes neuf dernières années de salarié furent consacrées à un retour au terrain comme éducateur, c'est-à-dire mettre les mains dans le cambouis du social, me coltiner la misère, la pulsion, la folie ; même si, pour cette dernière, elle n'est pas toujours où l'on croit la trouver.

Ces neuf années furent très formatrices, et mon expérience clinique s'étaye particulièrement de cette période. Auparavant et pendant une autre décennie, j'étais pris dans la fonction de dit-érection, et je ne me retrouvais pas dans la posture instituée. Dans ce nouvel état d'éducateur avec des enfants et des jeunes abandonniques, j'étais dans la fonction phorique (P. Delion), ou dans le « holding » (D. Winnicott).

Tout cela, c'est « la vitrine », la face noble, le CV officiel, dont je n'ai plus que faire, avec bonheur. Il y a une autre facette, moins glorieuse, mais dont je n'ai surtout pas à en rougir, il s'agit de mes dix premières années de travail, par lesquelles je me suis forgé un socle expérientiel : Antérieurement, lorsque j'étais jeune et que je ne le savais pas, j'ai fait divers métiers, mais c'était une période de plein-emploi – les années 70 – où le salarié pouvait faire « le difficile » et quitter sa place, il retrouvait du travail du jour au lendemain. C'est ainsi que j'ai été, tour à tour : dépanneur d'ascenseurs, coursier, bucheron, plongeur, manœuvre en maçonnerie, terrassier, tapissier, liftier, « agent de liaison », videur en boîte de nuit, peintre en bâtiment, perchman, pisteur secouriste, agent de sondage, ouvrier « établi »¹², distributeur de prospectus, électricien, veilleur de nuit, animateur de camps d'adolescents, accompagnateur en montagne. J'ai dû en oublier...

Titulaire d'un Brevet d'Etat d'Alpinisme, puis du DEES, du DEFA (ma formation se déroula aux CEMEA), j'ai fait un grand détour de trois ans par l'Université à l'âge de quarante ans. J'ai préparé le Diplôme des Hautes Etudes des Pratiques Sociales (Diplôme de Deuxième Cycle), en alternance, à la Sorbonne Paris III (département de la formation continue), je l'ai obtenu en 2000, avec mention bien, et l'autorisation d'entrer en DEA, ce qui n'est pas trop mal pour un quidam qui fit ses « études » secondaires relégué dans un LEP¹³ de banlieue. Mais « j'en voulais ». Le let motiv de ce DHEPS fut *l'analyse des pratiques professionnelles par la recherche action*. Etre titulaire de ce diplôme m'aidera douze ans plus tard à tempérer mon sentiment d'imposture, c'est-à-dire à m'autoriser à pratiquer la supervision, même si le

¹² L'établissement, cela désigne les quelques centaines de militants d'extrême-gauche, qui, dans les années 70 s'embauchaient, s'établissaient dans les usines pour y propager les idées révolutionnaires au sein de la classe ouvrière. Lire l'excellent livre de Robert Linhart, « l'établi », Editions de minuit, 1978.

¹³ Mais je fis des études parallèles et clandestines : membre d'un groupe « gauchiste » dont je tairai le nom, j'ai participé durant trois ans à des écoles de formation, où j'ai pu lire Marx, Engels, Lénine et consorts. Il n'y a pas qu'à l'école que l'on apprend, encore faut-il que le jeune puisse rencontrer un ou des adultes « passeurs d'avenir ». Ce fut mon cas.

superviseur *ne s'autorise que de lui-même et de quelques autres*. Cependant, je légitimais surtout ma nouvelle pratique de mon expérience de supervisant (ou de supervisé), de même que le psychanalyste ne s'autorise d'abord que de sa propre analyse.

J'ai entendu parler de la psychothérapie institutionnelle à la fin des années 80, et je peux dire qu'elle marqua pour de bon mon paysage et ma façon d'être et d'agir avec les sujets que je rencontrais ; tant dans ma vie professionnelle que personnelle. J'étais dans une formation qualifiante de travailleurs sociaux aux C.E.M.E.A.¹⁴, ce fut une période déterminante dans mon histoire de vie, j'y ai rencontré des « guides », passeurs d'avenir passionnants et passionnés : J. Ladsous, G. Millerioux, J.L. Pieuchot, A. Sirota, B. Chavaroche, F. Chobeaux, puis, plus tard, dans le cadre du DHEPS, j'eus plusieurs entretiens avec le sociologue J. Dumazedier, fondateur de l'association « Peuple et culture »¹⁵. C'est ce que j'appelle de vraies rencontres, celles qui tracent un sillon germinal dans le réel, déclenchant de l'inédit chez le sujet, et modifiant son paysage.

Le premier, sans doute, à me parler de psychiatrie et d'analyse institutionnelle se nommait Yves Gigou¹⁶, il était cadre infirmier psychiatrique, détaché sur le champ de la formation. Il nous avait parlé d'Oury, et de quelques autres, c'était en 1989, lors d'une session intensive, en internat, au Château de Vaugrigneuse, presque « du H24 », nous travaillions tard le soir, et de toute façon nous ne pouvions pas « décrocher ». Pendant six jours de suite, nous travaillions sur le groupe et nos représentations de celui-ci, sur le collectif, sur le transfert, le refoulement, le fantasme, le jeu des alliances, les réseaux de communication, sur le pouvoir et l'autorité, le statut, la fonction, et le rôle ; avec des alternances : « résonances » (nous nous retrouvions dès 8 h 30 le matin, en cercle, la consigne étant – comme dans la cure analytique – de dire tout ce qui « nous passait par la tête », voire de raconter nos rêves nocturnes ... il y avait de longs silences résistants) ; et des psycho drames, des jeux de rôle, et

¹⁴ Les centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active, mouvement d'éducation populaire créé en 1937 qui œuvrait sur plusieurs champs : l'éducation, la pédagogie et la psychiatrie. Les CEMEA sont à l'origine de la formation des infirmiers de secteur psychiatrique. Les CEMEA publient deux revues : VST (vie sociale et traitement) et VEN (vers l'éducation nouvelle).

¹⁵ Je n'oublie pas mon compagnon de route, André Falcucci, militant de l'éducation populaire, formateur aux CEMEA, et acteur impliqué dans diverses villes de la banlieue francilienne. Actuellement – et sur le papier – il est retraité, et par ailleurs, président de l'association qui organise chaque année, depuis 1997, le festival « Villes et musiques du monde » ...mais lui, je l'ai connu bien avant, j'avais 15 ans !

¹⁶ Le blog d'Yves Gigou : <https://blogs.mediapart.fr/yves-gigou/blog>

des moments de ponctuation théorique. C'était très « décapant » pour l'intelligence, et cela nous dotait d'outils conceptuels de compréhension des groupes. Nous sortions de cette semaine très fatigués mais avec la sensation pleine d'allégresse d'être moins cons. Depuis, j'ai tant voulu vivre et revivre cette sensation que je passerai l'essentiel de ma vie en formation, ce qui est peut-être une façon de sublimer les pulsions ; ça s'appelle paraît-il l'épistémophilie, et ça continue, 2015/2016, à PSYCHASOC.

A partir de 2003, un point de Réel m'envahit : je ne veux plus diriger, je suis père d'une petite fille de sept ans, c'est déjà beaucoup, j'ai envie qu'on me foute la paix, mais je sais que je suis pris dans des contradictions douloureuses entre statut, fonction et rôle, dans ma façon (inadéquate) de les vivre. Je suis en outre tiraillé entre principe de réalité et jouissance. Mon surmoi me tyrannise, me culpabilise : « Ta femme ! Ta gosse ! Tes parents ! Tes beaux-parents ! Le taf ! Et les ratios de fonctionnement ! Ton prix de journée ! ». Ces conflits intrapsychiques finissent par faire symptômes : Il y a des jours - et de plus en plus fréquents - où je ne veux pas être le « dit-érecteur », celui qui doit avoir réponse à tout, qui ne saurait être manquant. Car j'ai envie d'être manquant, je me sens pris dans la nasse d'un Autre exigeant et surmoïque, j'ai envie de m'en échapper ; j'ai en outre un problème avec le pouvoir qui est de l'ordre imaginaire, et avec l'autorité qui est d'ordre symbolique. Mais ce problème est récurrent, et sera mis au travail durant ma propre analyse, peut-être ai-je un problème du côté du Nom du Père, d'où ce désir fréquent qui m'a pris tout au long de ma vie, celui de m'échapper de la boutique du grand Autre ?

Ma hiérarchie me reproche ma mauvaise conscience de cadre. Vincent de Gaulejac, que j'avais croisé en 1990 lors d'une formation, aurait évoqué une problématique de *névrose de classe*¹⁷, c'est-à-dire un conflit entre l'identité héritée et l'identité acquise. De Gaulejac dirigeait des recherches dans le champ d'une épistémologie transdisciplinaire, se trouvant à l'intrication du double registre, psychique et social.

Ce conflit, à la longue finit par produire des symptômes. Le conflit de rôle devient pesant, en butée sur ma psyché, je suis dans un état anxiodépressif, comme soumis à une menace damocléenne, parfois une angoisse sans objet.

¹⁷ Vincent de Gaulejac, « La névrose de classe », HG Editeurs 1987.

Ainsi, mes dernières années comme cadre se concluront par deux hospitalisations psychiatriques en urgence, (en 1998 et 2002). A chaque fois, je fus soulagé presque immédiatement : ces hospitalisations consenties (et désirées) me mettaient temporairement à l'abri du Réel, tant oppressant et anxiogène, que je ne pouvais (plus) le symboliser. L'institution psychiatrique était vécue comme un ventre maternel douillet et protecteur : entouré des soins de ces mères idéales, je n'avais aucun souci d'ordre quotidien, aucun tracass, c'était une régression confortable. Cette homéostasie consubstantielle au *principe de plaisir*¹⁸, me convenait un temps, ça modérait les tensions accumulées ; puis, au bout de quelques jours, pris par la pulsion d'un *au-delà du principe de plaisir*,¹⁹ je jouais les Mac Murphy dans « vol au-dessus d'un nid de coucou », frimant devant les gamines anorexiques (avec qui je partageais la table !). Si j'appréciais d'être à l'abri du dehors menaçant, cette prise en charge et ce cocon maternant, j'appréciais moins de ne pas être pris en compte, et je contestais les routines règlementaires de l'institué, ses procédures et protocoles tatillons, le manque d'humour, la non-écoute, la normativité, l'interdit d'avoir une vie sexuelle ; tout ce qui entravait la libre circulation des sujets et leur parole, et il y en avait, des portes électriques et des caméras, *Big Brother, is watching you* !²⁰

Depuis le début de cette écriture, j'ai l'impression d'associer, et c'est au détriment du fil conducteur qui est quand même la « colonne vertébrale » de tout écrit en SSH. Mais je n'ai aucune prétention à une quelconque scientificité, le lieu (topos) d'où je parle, c'est de ma position subjective ; sujet de l'inconscient pris dans les rets du social.

Revenons-en à mon histoire professionnelle : Je constate (j'ai « trouvé » ça en séance d'analyse) que les institutions et moi, c'est comme avec les femmes, je peux passer en quelques années de l'amour-fou à la haine, deux modalités du leurre imaginaire. Alors, et pour me sortir de cette nasse, et dès 2003, j'opèrerai un retour au « vrai terrain » qui correspondra aussi à un glissement épistémophilique : c'est au début de ce millénaire que je suis passé des groupes au sujet, de la sociologie clinique à la psychanalyse. Cela a opéré à mon insu.

¹⁸ S. Freud, « Au-delà du principe de plaisir » (1920), in « Essais de psychanalyse », Petite bibliothèque Payot, 1981.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ G. Orwell, « 1984 », Gallimard 1950.

C'est une bascule, une nouvelle passe dans ma vie, ponctuée cycliquement par des ruptures-constructions, avec des femmes, avec des institutions...

Peu à peu, ma bibliothèque se modifie, se diversifie : De Marx, Durkheim, Bourdieu et Foucault, je passe à Freud, Lacan, Pontalis, Oury, Fustier, Lebrun, Rouzel... et quelques autres, et ça me semblait cohérent, et ça l'est.

Fuyant la fonction de direction, éprouvée pendant une décennie, je retourne volontairement à la base. J'ai durant neuf ans travaillé comme éducateur auprès d'enfants abandonniques (Foyers œuvrant pour l'ASE), des enfants placés, donc dé-placés, souvent carencés au niveau psycho-affectif, et parfois en retard de développement. Certains d'entre-eux étaient prépsychotiques, voire psychotiques, ce qui m'autorise à dire que j'ai une expérience clinique de la psychose. J'ai par ailleurs été responsable du secteur adolescent au sein d'une MECS. Les ados, personne ne voulait s'occuper d'eux, ils dérangent le paysage et son ronron institutionnel. A certains – ils étaient au foyer depuis dix ans ! - leur était presque reproché d'avoir grandi ! Ils cassaient les routines, ces grands gosses pleins de testostérone, vêtus à la « six-quatre-deux²¹ », et pris dans l'imbroglio du besoin, du désir et de la demande.

Mais en 2010, nous commençons, l'établissement et moi, à nous lasser mutuellement de l'autre, ça évoque en moi l'érosion du sentiment amoureux que vivent la plupart des couples, c'est dur d'y échapper : l'Autre est manquant, barré, le sujet ne voit plus que ses défauts, c'est la rupture inévitable, lorsque « *la barque de l'amour se brise à la vie courante* », comme le disait si joliment Vladimir Maïakovsky.

En 2011, je suis l'objet d'une mise à l'écart, il y a comme une force centrifuge qui me tire vers l'extérieur et les marges. Outre le week end que je passe avec six adolescents dont un psychotique ; en semaine j'ai été chargé d'une grande partie des transports en minibus. Ce faisant, et croyant me mettre au ban, l'établissement myope n'avait pas vu que ce temps de transport allait être un temps privilégié, pour les enfants et les jeunes, comme pour moi. Ainsi naissaient des espaces de parole réguliers, à l'abri du regard panoptique institué, et pour certains, c'était quotidien. C'est ainsi que je fis « un bout d'analyse » (mais j'étais le seul à le savoir !) avec un certain Alain, jeune de douze ans que j'emmenais le matin à l'IME, et que je

²¹ Une expression désuète que j'aime beaucoup, empruntée à Jean Oury, mais que l'on retrouve dans l'œuvre de Zola.

retournais chercher le soir. Ainsi, nous étions quotidiennement durant toute l'année scolaire, et durant une heure, en relation duelle. Evidemment, la direction – catholique, normopathe et omnipotente – et sa psychologue-collabo n'auraient pas du tout apprécié ce détournement de temps social, j'aurais vraisemblablement – et dans le meilleur des cas - été accusé d'analyse sauvage, alors que je pratiquais, sur les conseils avisés de Freud, une modeste analyse profane²²... n'empêche, contrairement à mes collègues, j'en savais un bout sur le gamin, avec lequel j'étais lié par une alliance thérapeutique implicite, mais une alliance non intrusive, respectant ses rythmes. Sa parole ne fut jamais extorquée.

Un jour, la psychologue fut très directive et intrusive avec le jeune, voulant lui imposer une rencontre avec elle, chaque mercredi après-midi pour un soutien psychologique, comme elle le faisait avec d'autres enfants. Alain refusa catégoriquement : lassé de son insistance et de ses injonctions, il lui déclara « *qu'il parlait déjà tous les jours avec Sergio, alors, il préférerait aller jouer le mercredi après-midi* ». Comme l'écrivait Claude Allione : « *L'enfant en question (un adulte serait dans le même cas) a d'abord accordé sa confiance à une personne et se fout royalement de savoir quel est son métier. C a s'appelle le transfert, et ça ne se commande pas ni se décrète, ni ne résulte d'un quelconque diplôme* ».²³

J'étais repéré, une fois de plus... et à une place unique et inédite dans l'équipe...une place d'exception.

En outre, depuis 2008, je suis impliqué dans un processus d'apprentissage de la psychanalyse (si toutefois celle-ci peut s'apprendre...). Cette formation dont la pièce maîtresse est l'analyse personnelle est faite aussi, par un processus itératif, de participation active à des séminaires, à des cartels, à des groupes de travail, à des présentations cliniques en milieu psychiatrique. Je n'appartiens à aucune chapelle et je me trouve bien ainsi, même si j'ai eu un moment cette tentation ; en outre, jamais une école, une institution ne se reconnaîtra en moi, c'est le prix à payer de son étrangeté légitime. En certains lieux, j'ai dû supporter la logomachie de certains « petits marquis de la lacanerie », le culte des chefs, le fonctionnement pyramidal, l'illusion groupale de « l'entre-soi », le dogmatisme, et cela m'a guéri à jamais de la tentation d'intégrer une société psychanalytique quelle qu'elle soit... sauf, peut-être si « *Psychanalystes*

²² S. Freud, « La question de l'analyse profane », Gallimard 1985.

²³ C. Allione, « les pouvoirs du superviseur », Colloque sur la supervision, PSYCHASOC 2014.

sans frontières » devenait une association déclarée...au risque d'une dérive causée par l'effet d'école, de colle, de collage. Mais avec ces gens de bonne volonté, ça vaut peut-être « le coup » d'essayer...

Retour au réel : Fin 2011, et en moins d'une minute, suite à une brève et vive interlocution avec le chef de service, une décision s'impose dans ma tête comme une évidence, car quand c'est insupportable, on ne supporte plus, je vous passe les détails – un jour, je l'écrirai -, mais à ce moment, rien ne peut me retenir, je quitte le foyer d'enfants dans lequel je travaille depuis presque huit ans, c'est pour moi irrémédiable. Je ne peux plus supporter cette haute surveillance dont je suis l'objet, et surtout, je n'accepte (plus) d'être dirigé par plus con que moi... ma compagne (ultime) de l'époque me conseillait de prendre de la hauteur, de m'élever. Je le fis.

En rompant avec la condition salariée, je décide dans le même élan de pratiquer la supervision, de soutenir la parole des sujets dans les équipes, car je sais qu'ils en ont besoin. J'avais déjà souvent cette idée dans la tête, ayant rencontré – en matière de supervision – le meilleur comme le pire (à cette époque, j'appelais ça « analyse des pratiques », et, effet de la formation, je ne peux plus « encadrer » cette appellation mal contrôlée !), donc je m'inscris à la Chambre des métiers, me déclare comme autoentrepreneur, j'obtiens en cinq minutes un numéro de SIRET, je suis très content et excité par cette liberté : pouvoir dire « je » en toutes circonstances.

Ne plus jamais être hétéronome.

Mais croyant m'échapper de la violence de l'Autre institué, je n'avais pas réalisé que j'allais la retrouver, à une place différente, et surtout à quelle hauteur.

Il me semble que cette rupture est en rapport avec mon travail analytique : je me confrontais à l'émergence de mon désir, je passais de l'aliénation à la séparation, de la demande au désir, et j'osais le faire. C'est l'effet-sujet.

Grâce à mon réseau relationnel dont l'opérateur principal est mon analyste, j'obtiens quelques signatures de convention, dès 2012. Je vivrai les « premières fois », ces sessions où le sujet lutte contre le sentiment d'imposture, la crainte de ne pas être légitime, reconnu ...mais « ça » se passe plutôt bien, personne n'a détecté que je débutais (ça rappelle la première relation sexuelle, par laquelle le jeune mâle préférerait ne pas dire que c'est la

première fois), et je suis dès lors imaginairement perçu comme *le Sujet supposé savoir*, parce que, désigné à cette place par l'institué, je détiendrais la solution à leurs problèmes, mais c'est un fantasme logé dans le préconscient. En outre, dans tous les groupes, et de par ma place, je suis appelé « le psy », c'est étonnant, je ne me suis jamais présenté sous ce syntagme, ce doit être la nomination signifiante du transfert.

En 2012, je travaille pour deux crèches, une MECS, je suis sollicité par un ESAT pour six jours de formation sur « le travail en équipe ».

En mars 2013, je réponds à un appel d'offres du Centre Hospitalier des Alpes (CHALPES)²⁴, la commande institutionnelle était résumée ainsi :

« Contexte : Plusieurs structures EHPAD. Dysfonctionnements et conflits entre les membres des équipes, ayant des conséquences sur la qualité de la prise en charge des usagers. Objectif des interventions :

- Permettre une amélioration des relations entre professionnelles.

- Favoriser, à terme, l'amélioration de la prise en charge des usagers ».

Ainsi, à partir du printemps 2013, après une rencontre avec la « cadre sup » responsable des EHPAD, c'est l'embellie : ils m'ont choisi parmi quatre candidats, et cela m'a étonné, compte-tenu d'un fort sentiment personnel d'imposture, qui ne m'a jamais quitté tout au long de la vie : c'est mon symptôme, parmi d'autres. J'ai donc signé une convention avec le CHALPE, je vais donc intervenir comme superviseur dans trois EHPAD, cela représente 18 groupes par mois, d'une durée d'une heure trente, ce qui me fait un total de 21 groupes de supervision, 210 groupes par an, et ce n'est que ma deuxième année d'activité ; quoi qu'il en soit, cette embellie du débutant fut une belle revanche narcissique sur mes dernières années de condition salariée. Mais je suis partagé entre une toute puissance hypomaniaque et le sentiment mélancolique d'être un imposteur qui se joue de l'Autre. En outre, j'ai l'intuition – qui se confirmera – d'être instrumentalisé par la Direction de cet hôpital, ils s'autorisent à me donner des objectifs, une vraie feuille de route pour un bon petit soldat que je ne saurais être : je n'ai jamais marché au pas, et ce n'est pas « en fin de vie » que je vais commencer.

²⁴ Les noms de lieu et d'institutions ont été changés par discrétion.

Mais dès le départ, je me suis conscientisé quant à cette perversion institutionnelle de l'espace de supervision.

Plus tard, en novembre 2014, au cours d'un week end sur la supervision, à PSYCHASOC, j'entendrai la sculpturale Isabelle Pignolet de Fresnes nous énoncer que « *prendre le risque d'occuper la place de superviseur, c'est prendre la place de l'imposture* » ; et que – tel que moi, superviseur débutant – « *regretter d'être manquant, c'est le comble de l'imposture* ». Cela donne à réfléchir, mais c'est ça, PSYCHASOC, et cet autre lieu atopique qu'est « *Psychanalystes sans frontières*, ce sont des opérateurs de l'intelligence, et c'est pour ça qu'« on » y va, et qu'au bout du compte, « on » passe sa vie en formation continuée.

En outre, et en septembre 2015, et après un semestre de questionnement, je me décide à faire le pas entre la place d'analysant à celle de l'analyste : depuis, je partage un cabinet de psychanalyse à Sallanches (Haute Savoie) avec un collègue. Depuis des mois, je découvre l'attente : attendant des patients, je me fais moi-même patient, et cette attente est analytique. Dans cette posture, je suis le désirant ; le désiré, c'est le patient en difficultés d'être, qui n'a pas encore trouvé le chemin du cabinet, celui du *sujet supposé savoir*.

Quant au psychanalyste, il ne doit jamais se prendre pour le désirable.

De ce fait, la passe est longue. Demeure la clinique de la supervision, et telle que je l'envisage, elle s'inspire de la psychanalyse et du travail social, pour « marcher sur les deux jambes tosquelliennes », ainsi, je ne me suis pas fourvoyé en choisissant PSYCHASOC pour suivre une formation à la supervision. Parvenant à son issue, mon seul regret est qu'elle s'achève, avec à la clé, la mort (prévue) du groupe.

Demeurera un réseau, on peut l'espérer.

1.2 La supervision, conception et éthique

Lorsque je commence ce travail en supervision, je me réfère à ce que j'ai connu, j'ai une bonne dizaine d'années d'expérience de « supervisé ». A l'aube du travail, avec chaque groupe, je m'explique quant à la nature et aux modalités du dispositif. J'éprouve la nécessité que chaque participant comprenne le cadre, se l'approprie, et je le présente ainsi :

Ce qui est fondateur d'un groupe de travail en supervision, c'est la demande (à ne pas confondre avec la commande de l'institué) et la motivation des professionnels voulant y participer. Afin de permettre à chacun de s'exprimer, de donner la parole à ceux qui ne l'ont jamais ou rarement prise, nous conseillons de petits groupes de 6 à 10 personnes volontaires, se réunissant avec régularité tout au long de l'année. La question de *la demande* est fondatrice du futur groupe en travail et de sa continuité ; et cette question est approfondie généralement dès les premières séances, lors d'entretiens préliminaires. D'un point de vue éthique, nous préconisons :

- Des séances mensuelles d'une durée d'une à deux heures tout au long de l'année (régulation, supervision, groupes de parole).
- Des sessions intensives en journée continue pour l'analyse institutionnelle.
- Le respect total de la confidentialité des échanges.
- La position d'extériorité et de tiercéité de l'analyste superviseur.
- Un climat relationnel serein où est accueillie la parole de l'autre, sans préjugés, sans jugements de valeurs, et où chacun peut oser parler en son nom propre, se faire le sujet du groupe.
- Que l'intervenant soit le garant du cadre des échanges, et qu'il accompagne les professionnels dans l'élaboration des questions qu'ils se posent (ou ne se posent pas) sur leur pratique, mais aussi sur l'impact psychique vécu dans la relation à l'autre (le transfert). Or, le superviseur n'est pas dans une posture toute puissante d'expertise, apportant des réponses toutes faites et univoques : ce sont les professionnels qui sont les experts de leur expérience, ils détiennent – et souvent sans le savoir- un savoir expérientiel très riche. L'intervenant n'est pas un expert qui détiendrait une vérité érigée en dogme, il n'est - et dans le meilleur des cas - qu'un passeur d'avenir.

... et un opérateur du traitement institutionnel du transfert.

2013 est la deuxième année où j'exerce comme superviseur. J'ai mes propres méthodes d'interventions, je les adapte selon les caractéristiques des groupes avec lesquels je travaille, elles se fondent sur une éthique faites de garantie de la confidentialité, de mon extériorité, de mon non jugement, je m'efforce la plupart du temps d'appliquer une méthode qui se nomme *l'instance clinique*, je l'ai empruntée à Joseph Rouzel, mais j'ai dû m'adapter aux circonstances, et il m'est arrivé fréquemment de ne pas pouvoir tenir le cadre. En outre, les groupes changeaient, ce qui peut être dans certains cas une source de richesse et d'hétérogénéité, alors, je n'ai jamais été obnubilé par la forme, bien que parfois j'étais interpellé de façon surmoïque à propos du cadre et de l'éthique. Ce que je désirai, c'était de créer des espaces de paroles libres, contenant, et chaleureux, et en ce sens, ce fut une réussite. Je désirai être l'acteur d'une (bonne) ambiance, d'une bonne pathoplastie.

Par conséquent la méthode ne sera jamais normée, elle sera au cas par cas, chaque groupe était unique de par sa durée éphémère.

Dans le cadre de cette mission en EHPAD, il y eu beaucoup de vignettes cliniques la première année ; l'analyse de la colère et d'un sentiment d'indignité, aggravé par celui de culpabilité, s'exprimeront surtout l'année suivante. Il y eu des séances d'analyse très fines au niveau de la clinique, des échanges très fructueux (notamment à propos des contentions, de la perception de la maltraitance, la prise en compte des personnes âgées psychotiques). J'ai aussi et bien souvent vécu des sessions où la prise de parole avait plus une fonction cathartique qu'analytique, et beaucoup de moments difficiles au niveau émotionnel, et où la parole en elle-même était soignante...d'où ce fantasme, et cette représentation imaginaire de ma mission qui me traversaient : *prendre soin des soignantes pour qu'elles puissent elles-mêmes prendre soin des résidents avec le plus possible d'humanité.*

Mais dans cette « histoire », dans laquelle je serai pris pendant deux ans, qui prendra soin de moi ?

II- Présentation des trois EHPAD

Durant cette année 2013, j'exercerai donc cette fonction de superviseur auprès des équipes de trois EHPAD : « Les Alpes », « les Gentianes », « les Airelles », établissements situés dans le même département, à environ 20 km les uns des autres. Il est remarquable – sur tout le territoire – comment les signifiants censés représenter ces établissements ne représentent en rien la réalité, et combien ils relèvent de l'euphémisation : des airelles et des gentianes, il n'y en a pas dans ces maisons, de la décrépitude, de la tristesse, de la déliquescence, de l'angoisse, il y en a !

Ces structures ont une capacité d'accueil de 85 lits, hormis « les Alpes » qui a en son sein une Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) d'environ quinze places, ce qui fait monter sa capacité à 100 lits.

Le 2 avril, je rencontre les trois cadres de santé. Deux d'entre-eux montrent des difficultés et un mal-être au travail, ils sont dans le ressenti mortifère bien connu des cadres du terrain, qui se plaignent – et à juste titre - d'être « entre le marteau et l'enclume » ; et sans cesse tiraillés entre leur idéal du moi professionnel et la réalité imposée par les contraintes managériales et financières. J'ai eu l'idée lors de cette rencontre, de proposer un groupe de supervision pour les cadres de santé. Elle ne fut pas suivie d'effets, et pourtant cela n'aurait pas été un luxe !

Mme C., responsable des « gentianes » nous parlera d'une problématique conflictuelle au sein de l'équipe ; celle-ci s'originerait d'un climat de harcèlement d'une partie du personnel, au détriment d'une ASH²⁵ qui faisait « bouc-émissaire ». Elle raconte qu'un noyau agissant domine l'ensemble de l'équipe, évoquant un climat fait d'incompréhensions, d'individualisme, de « cancans », voire de délation. Il y a de plus un clivage entre les origines culturelles, il y a en effet beaucoup de soignantes d'origine africaines qui sont l'objet d'ostracisme, de remarques désobligeantes à visées ségrégationnistes. Constat est fait aussi d'un clivage de plus en plus fort entre les IDE et les AS.²⁶

²⁵ Agent de service hospitalier.

²⁶ Infirmières et aides-soignantes diplômées.

La supervision, sous l'appellation d'analyse des pratiques, a été annoncée avec une consigne explicite de la part de la cadre de santé : « *Lâchez-vous ! Indignez-vous ! Emparez-vous de ces moments de parole afin de restaurer l'esprit d'équipe !* » ...comme quoi dès le départ, il y a une représentation-but.

Quant à l'EHPAD des Alpes, il est évoqué comme très problématique, le turn over y est très important, il y a un fort taux d'absentéisme et de nombreux arrêts de travail pour dépressions, dont un de longue durée, consécutif à une TS sur le lieu de travail. La succession des cadres de santé fait que tout le travail d'équipe serait à reprendre, il y aurait non seulement un manque organisationnel, mais aucune circulation de la parole, ni aucun cadre de référence : les salariées ne se parlent plus et se réfugient dans un retrait individuel., c'est ce que Jean Oury aurait appelé un défaut d'ambiance.

Mr B. qui est responsable des Airelles ne se retrouve pas dans ce descriptif pessimiste. Pour lui, son équipe n'est pas en péril, qu'il y demeure une forte éthique, un désir de bien faire, et beaucoup de sens donné au travail avec les personnes âgées. Il est remarquable – et je m'en apercevrai vite – qu'il y a une véritable implication dans cet établissement ; ainsi, un groupe de parole sur la bientraitance avait été impulsé spontanément par une infirmière, et avait regroupé dix soignantes, avec régularité.

Quant à moi, je compris vite que j'allais être confronté au registre de la plainte, et qu'il fallait que j'en passe par là, à condition d'essayer ensuite d'en sortir, et de se mettre vraiment au travail, à savoir le traitement institutionnel du transfert. Pour l'heure, je suis face à un « gros chantier », j'ai des ambitions modestes pour ce premier semestre d'interventions, je le conçois comme une phase d'observation active, diagnostique ; et mon intention est que les soignantes parlent ensemble de leur travail, de cette confrontation quotidienne à l'autre vieillissant et à la mort. J'ai le désir qu'elles parlent en leur nom propre, de leur position subjective, de comment elles la vivent, à travers ce travail épuisant physiquement et psychiquement.

Au cours de ces deux années, je renouerai avec une pratique diariste, celle du journal de terrain. C'est ce que – dans les sciences sociales et humaines – on appelle le « hors-texte » : outre l'intimité du narrateur, c'est l'intimité des rapports sociaux et humains, leur *inquiétante étrangeté* (Freud, 1919) qui se révèle par l'écriture diaristique. Cela me permet en outre de

réinvestir ce journal de supervision, écrit en 2013/2014, et qui fait plus de 100 pages ; d'en publier pour l'occasion les fragments les plus significatifs. Ne pas le garder pour moi.

2013

III- Fragments d'un journal de terrain (avril à décembre 2013)²⁷

3.1 Les Gentianes

15/05/2013 : Premières sessions aux gentianes, et une impression de mal-être généralisé. Une jeune infirmière débordée par ses émotions nous dira : « C'est mon premier emploi comme infirmière, je ne suis IDE que depuis huit mois...j'ai du mal à dire les choses, je vois tous les jours des personnes âgées mal lavées parce que certaines veulent prendre leur pause plus tôt. On travaille avec des humains, pas des objets ! Il y en a qui partent et laissent en plan une personne âgée dépendante, tout cela parce qu'ils veulent partir à l'heure, c'est de la maltraitance quotidienne. »

16/05/2013 : J'ai rencontré dès le départ une problématique conflictuelle qui s'originait dans un conflit entre une soignante et une partie de l'équipe, minoritaire, mais agissante. Ce conflit a fait trace dans l'établissement, et il divise l'équipe en deux parties antagonistes. Cette personne qui était visiblement en grande souffrance psychique a occupé lors d'une session aujourd'hui les ¾ du temps de parole : il y avait là quelque chose de douloureux, de non résolu qui avait un réel besoin d'être symbolisé. L'espace de supervision est un dispositif de parole libre qui autorise la libre expression des affects, des positions subjectives, pouvoir mettre en mots la souffrance au travail, ou à contrario, exprimer l'enthousiasme à faire un métier porteur de sens. Cette personne qui fait fonction d'AS fut la victime d'un harcèlement de la part de quelques collègues, il dura suffisamment longtemps et avec une telle intensité, qu'il se soldera par un arrêt de maladie de trois mois. Cette histoire a laissé une trace mnésique mortifère dans l'équipe, et cela ira même se manifester sous formes de fantasme collectif : l'organisation de séances d'« analyse des pratiques » s'originerait dans cette histoire de harcèlement, je l'ai entendu deux fois ce jour.... Cette soignante -rencontrée aujourd'hui- et qui prétend suivre une

²⁷ Le journal de terrain qui relève du « hors-texte » sera en italique afin de le différencier du texte.

thérapie semble adaptée, mais cela reste de surface. Elle souffre, il y a en elle un constant besoin de valorisation, comme s'il fallait qu'elle soit renarcissisée régulièrement par ses collègues. Le harcèlement induira pour elle, une perte partielle de l'estime de soi, elle est maintenant dans la réassurance permanente d'être appréciée, d'être une bonne professionnelle. Il est indéniable qu'elle est en souffrance et développe des mécanismes de défense se manifestant par l'envahissement affectif de l'autre (recherche d'amour), et une bonne dose de mythomanie. Elle se défend contre un sentiment abandonnique, la peur d'être isolée dans l'équipe : considérée par certaines collègues comme une paranoïaque mythomane, elle a peur de se retrouver à l'index, à une mise au ban redoutée, et par conséquent, elle réagit comme une personne abandonnique, et parfois de façon un peu infantile...elle cherche de l'empathie, et quand elle en trouve, ce sont les résidents qui lui apportent, et quelques autres : des collègues de travail qui sont restées dans l'humain, respectant l'altérité, qui n'est, au bout du compte que la prise en compte de l'homme par l'homme.

Si j'évoque un cas individuel alors que je suis censé travailler avec des petits groupes, c'est que ce problème est semble- t-il devenu récurrent aux gentianes : dénié et refoulé, il réapparaît souvent, et il est difficile de faire la part des choses, lorsque l'on écoute tous les protagonistes. Cependant, je ne suis pas là pour préjuger de l'état mental de cette soignante, ce n'est pas la place que le CHALPES m'a demandé d'occuper, il faut savoir d'où l'on parle.

Cette soignante est en souffrance et en danger, et de cela, j'en ai la conviction, elle a été - qu'on le veuille ou non- victime de maltraitance de la part de certaines de ses collègues. Trop de choses ont été refoulées, non dites, non symbolisées. La responsabilité de tout employeur englobe la préservation en état de la santé psychique et physique de tout salarié. Il me semble qu'il y a eu, à ce moment un manquement à certaines obligations de la part de l'institution.

17/05/2013 : Un « noyau dur » est souvent évoqué : certaines soignantes exhibant un moi fort, seraient doués en manipulations, en quête d'un pouvoir plus ou moins autoproclamé, prises dans des stratégies de rejet de certaines collègues nouvellement arrivées (ça évoque le bizutage), allant jusqu'à donner leur avis sur les embauches, voire faisant des pronostics pessimistes et non-porteurs, sur le temps que mettra la nouvelle engagée à démissionner (« ici, c'est très dur, tu ne tiendras pas une semaine »). Ces personnes, peu nombreuses et qui ne

reflètent pas l'équipe (qui a à mon sens a un bon potentiel, et recèle d'excellentes personnes motivées et conscientisées à ce travail singulier) recherchent des marques de pouvoir symbolique, elles aimeraient pouvoir peser dans les circuits décisionnels, influencer sur les plannings dans le sens qui les arrange au niveau personnel. En outre, cette énergie négative est non seulement un facteur de déliaison dans l'équipe, par laquelle la pulsion de mort est à l'œuvre : copinage, propagation de rumeurs nauséabondes, médisance, rejet de l'autre, délation, méfiance, préjugés, et le plus grave....des manifestations ouvertement racistes à l'égard de certaines soignantes d'origine africaine ; mais cette déperdition énergétique négative se fait au détriment de la personne qui devrait -d'un point de vue éthique- être au centre : le résident vieillissant, en fin de vie, qui réside en EHPAD.

En effet, de nombreuses soignantes d'origine africaine se plaignent à chaque séance du comportement ouvertement raciste à leur égard : si elles l'acceptent de certains résidents avec le plus souvent de l'indulgence et un humour fataliste (« ils n'ont pas toute leur tête, et c'est une génération qui n'a pas été habituée au multi ethnique »), elles se révoltent à juste titre de l'attitude d'ostracisme dont elles sont victimes de la part d'une minorité agissante, qui reproduit les clichés stéréotypés et habituels du racisme : noirs = fainéants, comme représentation négative dominante (« Elle traîne dans ses toilettes du matin, elle discute tout le temps avec les résidents, pendant ce temps-là, nous, on avance pour être prêts pour le repas de midi, mais ce n'est pas étonnant, c'est une black, et ils sont insouciant, nonchalants, c'est culturel ! » ...propos recueillis au « mot pour mot », ce jour).

Les quelques protagonistes de ces propos nauséabonds en oublient qu'il s'agit d'un délit. Ils n'en ont pas même conscience. Malaise dans la civilisation !

20/05/2013 : Il est remarquable que ce soit aux gentianes, où est vécu un antagonisme qui pourrait sembler irréductible entre les IDE et les AS : une opposition faite de représentations imaginaires, de préjugés, et d'incompréhension mutuelle. Il y a un rejet parfois viscéral de la part de certaines AS, motivé par la colère et la frustration accumulées.

Ces projections agressives se cristallisent actuellement pour l'essentiel sur une IDE expérimentée, perçue imaginativement comme persécutrice ; dans le contrôle du travail des autres, le reproche, et la culpabilisation des AS. Il est probable que cette personne est de bonne volonté, mais certainement maladroite dans ses relations professionnelles. Elle occupe

actuellement une place fantasmée : celle de la « petite chef » sans états d'âme, qui surveille, qui contrôle, qui donne des directives, sans se rendre compte de la charge de travail certains jours épuisante, en cas d'absences inopinées par exemple. Actuellement, cette IDE est en souffrance, elle s' imagine isolée et rejetée, elle se sent mise à l'écart, et seules les séances d'AP autorisent cette mise en mots (pour elle) de la souffrance au travail. Il faut aider cette IDE qui est une bonne professionnelle, à se réassurer dans la légitimité de sa place, tout en lui recommandant de faire un effort personnel relationnel vis-à-vis des AS et autres professionnelles de l'établissement. Il me semble nécessaire de rappeler les conditions d'exercice difficiles de la profession pour les IDE, et notamment lors du week-end : une IDE pour 85 résidents...réalité devenue banale et acceptée dans la résignation.

Dès les premières sessions, j'ai compris que le problème central de cet établissement était relationnel : il n'y a pas d'esprit collectif au service du résident, il n'y a pas de cohésion, et ce constat d'amertume est unanime, et c'est ce qu'il faut mettre en travail aux gentianes : se conscientiser et accepter de faire un petit pas de côté vers l'autre, ces petits gestes qui font équipe ; une équipe dont la face noble est dirigée vers l'autre, et le résident, lui, doit rester au centre.

21/05/2013 : Il y a dans cet établissement de très bons éléments, des personnes dévouées et sincères, animées d'une éthique très forte, et qui ont fait vœu d'abandonner la médisance, qui ont commencé une démarche systématique vers l'autre, ce que je métaphorise souvent en sessions par le petit pas de côté vers l'autre... J'en ai été le témoin lors d'une session aujourd'hui, et cette perspective est dynamisante et optimisante, elle peut redonner un certain crédit de confiance dans l'avenir. Il ne faut pas céder au pessimisme dominant, il n'y a pas de fatalité, et il y encore beaucoup d'hommes de bonne volonté, en l'occurrence, ici, il s'agit de femmes...d'une même bonne volonté.

22/05/2013 : Aux gentianes comme dans les deux autres établissements, la charge de travail est vécue comme de plus en plus lourde, au détriment parfois de la santé, et surtout de la qualité relationnelle indispensable qu'il faut maintenir avec le résident : Faire vite et bien, c'est de l'ordre de l'injonction paradoxale. S'il y a des absences inopinées (comme souvent, mais l'absentéisme est un symptôme), certaines soignantes seront amenées à faire 15 toilettes dans la matinée, parfois plus, ce qui s'apparente plus à un travail à la chaîne qu'à une relation

d'aide intime avec un être humain fragilisé. Certaines soignantes vivent dans la culpabilité de ne pas faire du bon travail, et cette culpabilité est généralement transférée sur la sphère familiale : le conjoint, les enfants ont font parfois les frais...ce qui signifie que l'intrication des symptômes en relation à la souffrance au travail, et ceux liés à la sphère privée est de plus en plus visible. Pour être plus lisible, je dirais que la sphère privée et professionnelle ne sont plus imperméables, l'une envers l'autre, l'identité professionnelle et personnelle se confondant le plus souvent.

La charge de travail qui est ressentie comme de plus en plus coercitive est aggravée par des conditions matérielles qui rendent les actes de l'agir professionnel souvent difficiles : par exemple, faire la toilette des résidents avec des taies d'oreiller, faute de gants de toilettes...et ce n'est pas qu'anecdotique.

Les soignantes se plaignent toutes de maux de dos, d'épaules, d'avoir le cafard, d'être tristes, comme usées, épuisées, certaines sombrent dans le pessimisme et la résignation, et une partie vient travailler à reculons : il y a une spirale dépressogène qu'il faudrait essayer d'endiguer, de contenir. En outre, les soignantes ne se sentent pas valorisées, conscientes de faire « le sale boulot » que personne ne voudrait faire, et cela, le plus vite possible, car elles se soumettent à cette injonction, consubstantielle à un système d'organisation presque érigé en dogme et qui se transmet : faire vite et bien.....et si l'une d'elle prend le temps de consoler un résident cafardeux, elle sera pénalisée par le regard normatif de certaines collègues : parler trop longtemps avec le résident, c'est presque un hors protocole suspect, dans cette course frénétique des toilettes matinales, avec cet horizon temporel obligatoire : Etre prêts pour le repas de midi....

23/05/2013 : Ce que j'ai entendu depuis le début de cette mission m'a conscientisé quant au sens du travail singulier en EHPAD : Le travail avec des personnes âgées dépendantes ne doit pas se réduire à des protocoles ou à des procédures opératoires, le résident ne devrait pas être perçu seulement comme un objet médicalisé : le modèle gestionnaire qui domine et dont beaucoup se plaignent induit une conception pseudo scientifique du travail (hégémonie du discours scientiste), tendant à uniformiser et rationaliser la complexité des prises en charge (et de la prise en charge à la prise en compte, il y a de la marge), et ramène la profession

à une mise en œuvre de procédures opératoires, diluant les identités. C'est ainsi que le lien social passe à la trappe.

1/06/2013 : Le souci de la bientraitance et de son inverse, la maltraitance, est au cœur des préoccupations des soignantes, ce qui les honore, et cette préoccupation se retrouve dans les équipes de chaque EHPAD. Dans l'élaboration psychique en petits groupes, nous avons souvent travaillé selon la méthode des cas (vignette clinique), beaucoup de situations quotidiennes étaient débanalisées, et renvoyaient à un questionnement impérieux quasiment quotidien : « Ai-je été (ou non) maltraitante dans cette situation où j'étais fatiguée et stressée ? Ai-je respecté le résident dans son choix, sa demande singulière ou non, dans son libre arbitre ? Ou à contrario, l'ai-je manipulé comme un objet médicalisé ? Est-ce que j'ai pu l'appréhender comme un résident-sujet (celui qui dit « je », c'est-à-dire qui peut encore parler en son nom propre, avoir encore son libre arbitre, donner son avis, pouvoir refuser), un être humain au corps et à l'esprit vieillissant et hétéronome, avec des affects, des émotions, de la colère, de la tristesse, et le plus souvent de la résignation ?

Nous avons travaillé aujourd'hui cette question : Que provoque en moi cette relation de proximité, d'intimité, avec la personne en fin de vie ?

Cette question est récurrente au sein des trois EHPAD, elle est posée souvent, et nous avons mis au travail certaines situations, levant une culpabilité bien encombrante ; je quittais alors l'établissement dans un esprit un peu plus apaisé. Beaucoup de soignantes se sentent maltraitantes du fait même qu'elles manquent de temps disponible pour assurer de bonnes conditions relationnelles et humaines avec les résidents, voire d'être plus douces dans leurs gestes, parfois brusques, tant le stress induit par cette sempiternelle « course aux toilettes » peut avoir un impact comportemental. La grande majorité déplore le manque de temps, pour parler, car il faut être productif, avancer dans ces toilettes « à la chaîne », cela induit une déperdition du sens même de cette profession, aide-soignante : l'appellation même interpelle la fonction, la relation d'aide, l'accompagnement des personnes en difficultés.

2/06/2013 : Certaines se construisent des mécanismes de défense, une sorte de gilet « pare-balles » émotionnel, cela nous donne une diversité des comportements humains au travail : une empathie faite de bienveillance le plus souvent (la prise en compte du résident-sujet), jusqu'à une asepsie émotionnelle pour une minorité qui ne cherche qu'à se protéger,

c'est un mécanisme de défense du soignant, par lequel le résident est perçu comme un corps vieillissant et sénile, un objet médicalisé, plus tout à fait comme une personne ; dans le meilleur des cas, comme un « tout petit enfant » qui n'a aucun savoir-faire, qui est dépendant des autres, ce qui positionne la soignante dans une posture de grand Autre maternel. Cette tentation toute-puissante existe, je l'ai rencontrée, et elle est souvent inconsciente.

3/06/2013 : une décision du CHALPES alimente beaucoup les sessions de supervision : je veux parler de la mise en place des petits déjeuners en chambre, très controversée, et évènement central avant la trêve estivale. D'après les retours unanimes, la mise en place des petits déjeuners en chambre semble être un raté, il s'agit d'un changement imposé et non accompagné, il est mal vécu par la majorité des soignantes et des personnes de l'hôtellerie, qui lui reprochent globalement :

- D'être une surcharge de travail qui n'en légitime pas le coût : aucune plus-value sociale ne vient en contrepartie, hormis peut-être, une réduction du jeûne nocturne.*
- D'être dangereuse pour les risques de dénutrition (les personnes seules dans leur chambre ne sont pas stimulées), voire de « fausses routes », c'est récurrent en EHPAD.*
- D'isoler les personnes plutôt que de favoriser le lien social du petit déjeuner collectif. Quel est l'intérêt de déjeuner seul face à un mur, à moins d'être un pratiquant du Zen ?*
- D'avoir été imposé, et maintenant ce dispositif semble adopté malgré tous ses inconvénients. Il est perçu avec résignation comme un fait acquis.*

2/09/2013 : La cadre de santé avec qui j'ai des entretiens plus ou moins informels, se retrouve face à des enjeux difficiles : le problème central des gentianes, c'est ce qui pourrait faire équipe, et ce qui a sauvé jusqu'à maintenant l'EHPAD des Airelles : un établissement certes vieillissant, mais où le résident est au centre, et une équipe stable et pérenne qui œuvre dans le même sens, par-delà tous les antagonismes et les problèmes relationnels qui existent, aussitôt que des humains travaillent ensemble... Aux Gentianes comme ailleurs, il me semble nécessaire de persévérer dans ce travail de parole qui aide les soignantes dans la représentation qu'elles peuvent avoir de leur mission avec les résidents, et dans leur perception imaginaire de l'autre, la collègue de travail.

Il est nécessaire qu'elles puissent aussi verbaliser cette difficile confrontation à la mort (sujet souvent mis au travail en sessions) et au grand vieillissement. Ce sont des professions qui ne laissent pas indemnes, il faut prendre soin de ces soignantes qui exercent au cœur de la clinique, dans l'intimité des corps vieillissants, de la tristesse, dans cette confrontation quotidienne et singulière à la sénilité, la démence, et la mort.

3.2 Les Alpes

30/04/2013 : L'ambiance est au pessimisme quant à l'avenir de l'EHPAD des Alpes, j'ai eu droit, en amont de mes interventions à un tableau très négatif quant à la situation. Il m'a été décrit globalement un « j'menfoutisme » érigé en système, un manque de conscience professionnelle, de motivation, un problème d'encadrement récurrent dont héritera la nouvelle cadre de santé, un turn over important, un manque d'organisation, un taux d'absentéisme du double du CHALPES, et surtout une ambiance délétère et mortifère au sein d'une équipe qui n'en a plus que le nom. Je suis toujours méfiant quant aux représentations collectives qui renvoient au registre de l'imaginaire, et j'ai toujours aimé vérifier par moi-même une réputation, quelle qu'elle soit. Malgré tout, je reconnais m'être laissé influencer en amont, par ces représentations négatives (« Aux Alpes, vous n'allez pas rigoler ! » m'annonça Mme CD, cadre sup, en mars...), de ce fait, je me demandais ce que j'allais y trouver, comment j'allais faire pour réussir à occuper une place crédible, pouvoir mettre les agents au travail.

2/05/2013 : J'ai rencontré dès ce premier jour des équipes en grande souffrance, j'y ai croisé beaucoup de colère, de la frustration, de l'indignité personnelle, de la culpabilité, du pessimisme, de la résignation, de la tristesse....je ne force pas le trait et je ne tombe pas dans le pathos : je me souviens de cette première journée, par lesquelles des soignantes quittaient momentanément le groupe, débordées par leurs émotions, et qui préféraient aller pleurer dehors, et la grosse boîte de kleenex présentée ostentatoirement servira souvent. Il y a eu des séances émotionnellement très fortes, y compris pour moi, qui, tout en gardant la place singulière que j'ai accepté d'occuper, [je ne suis pas dans la culture de la neutralité bienveillante, comme certains de mes pairs : je n'ai pas besoin de cette carapace pour travailler avec des personnes et des groupes], je n'ai pas peur de l'empathie, qui consiste à se mettre à la place de l'autre, elle n'est pas fusionnelle comme la sympathie (étymologiquement : souffrir

avec...) qui empêcherait le professionnel de rester dans un bon état psychique, il faut se préserver et trouver une juste distance, et cela, dans toutes les professions relationnelles. J'irai même plus loin, cette empathie me semble nécessaire dans ce travail singulier d'élaboration psychique en petits groupes. Je n'ai donc pas eu de grandes difficultés à ce que ces soignantes, au sein de petits groupes parlent : certaines étaient intarissables, et il fallait bien distribuer la parole, et la donner à celles qui ne l'ont jamais, et j'ai senti dès les premières sessions que cette parole, en elle-même avait déjà un effet cathartique sur ces soignantes. Aujourd'hui, lors de la deuxième session, une AS a déclaré tout de go : « je suis ici contre mon gré, on m'a imposé cette réunion, et je ne l'approuve pas. Je reviens d'un arrêt de travail, suite à une TS, je reste avec vous, mais je ne parlerai pas ! »

Les sessions de supervision sont imposées par la direction, et ainsi la participation ne résulte pas d'un choix, c'est biaisé dès le départ, mais il faudra faire avec. J'ai répondu à cette soignante en colère que sa parole ne lui sera jamais extorquée, qu'elle pouvait rester mutique. Un quart d'heure plus tard, ce sera plus fort qu'elle, elle participera.

3/05/2013 : La plupart des AS (et assimilées) vivent un fort sentiment d'indignité personnelle, cela se montre par une perte partielle de l'estime de soi. Au plus bas de la hiérarchie médicale, elles sont rarement écoutées, et pourtant, elles sont au cœur de la clinique, au chevet de celui qui souffre, au plus près des corps, de l'intimité, des confidences, de la plainte, de la demande, et elles ont un savoir expérientiel qu'elles ignorent avoir..... « Nous ne sommes que des lave-cul » ai-je entendu ce jour : représentations dévalorisantes qu'il fallait déconstruire sur le champ. Mon travail, ici, comme dans les deux autres établissements est dans la même cohérence, et il tient sur deux jambes, par ce double objectif :

Renarcissiser la perception du métier, c'est-à-dire la valoriser, et lever certaines culpabilités encombrantes pour l'économie psychique des soignantes ; restaurer l'estime de soi, déculpabiliser.

Il y a un grand mal-être au travail et un climat de violence. Les conditions de travail sont devenues, d'année en année, de plus en plus lourdes, l'injonction implicite du vite et bien, le manque de reconnaissance de la part de la hiérarchie (la bouteille, selon elles, serait toujours perçue comme à moitié vide...), le manque de confiance manifesté par cette même hiérarchie, le sentiment (plus ou moins imaginaire) d'être surveillé, le manque de cohésion et d'esprit

d'équipe, une ambiance vouée au pessimisme, et le principe de réalité confondu avec le principe de résignation. Ce contexte défavorable se répercute sur le résident qui, lui, observe, et parfois subit lui-même les conséquences de cette ambiance délétère.

Tout le monde est mal, résidents et professionnels. Il y règne une tristesse générale, communicative, et pourtant, l'établissement est neuf.

Les soignantes se dévalorisent souvent, sont dans une forme d'auto-flagellation, elles se sentent maltraitées indirectement : Elles accusent les décideurs de violence indirecte, le résident comme le soignant souffrant l'un comme l'autre de maltraitance, mais d'une maltraitance d'origine institutionnelle, qui serait perçue comme persécutrice, mais dans une perception confuse et imaginaire : « qui détient les rênes, et décide à notre place qu'il faut être trois par étages le matin, pour les toilettes ? Les grands responsables du CHALPES qui n'y connaissent rien ? La cadre de santé ? L'Etat ? ».

Beaucoup sont dans une posture de résignation, et en période de crise mondiale du capitalisme, c'est le modèle gestionnaire qui domine, au détriment de l'humain. Certaines, plus pessimistes que d'autres, acceptent de participer aux sessions parce qu'elles peuvent parler librement, mais demeurent dans un fatalisme pessimiste : « nous n'y changerons rien, et nous parlons dans le vide, ils ne veulent rien lâcher, c'est à nous de marnier, sans contrepartie ! ». J'ai dû souvent contrecarrer ce pessimisme reproducteur de la morosité ambiante. C'est ce que j'appelle avoir un regard porteur : « la bouteille est à moitié pleine ! »

En outre, je dois sans cesse me repositionner face aux soignantes, ce qui pose toujours le problème de la place que l'on occupe imaginairement pour les autres : je dois me garder d'être perçu comme un délégué syndical, un porte-parole des soignantes, voire comme un père Noël qui irait plaider leur cause et leur apporter du bien-être.... J'ai dû aujourd'hui redéfinir ma place, et rappeler pourquoi j'étais là, mais tout ce que je décris n'est que l'expression du transfert, il n'y a rien d'étonnant à ces phénomènes, lorsque la groupalité psychique imaginaire se met en œuvre, le tout est de savoir ce que l'on en fait, de ce transfert des soignantes. Je me sens seul avec ça, je n'ai pas de superviseur.

4/05/2013 : Un syndrome d'épuisement professionnel est évoqué presque à chaque fois. Sa conséquence fait symptôme, cela se caractérise par un ensemble de signes alarmants et de

modification des comportements professionnels, le plus répandu est le recours à l'arrêt de travail et cet absentéisme pénalise l'équipe et les résidents, le sous-effectif génère un surplus de travail qu'il faut bien fournir malgré tout, les résidents sont là, et par conséquent, cela induit beaucoup plus de fatigue, et de ce fait, de nouveaux arrêts. C'est une spirale dépressive qui, à moyen terme, pourrait détruire ce qui subsiste d'une équipe. Les difficultés à garder les nouveaux embauchés est souvent évoquées, certaines personnes ont tenu une journée, puis sont parties le soir même, apeurées par le décalage entre le discours entendu à l'entretien d'embauche et le réel de la course aux toilettes du matin.

La surcharge de travail démoralise, isole les personnes, il y a peu d'entraide entre soignantes, cette ambiance faite de fatigue et de résignation ne fait pas « équipe ». Il faut une équipe soudée et unanime si l'on veut traiter humainement les résidents, avec respect et empathie. Il me semble nécessaire qu'il y ait un peu de bonheur dans ce travail, la tristesse, comme la joie est communicative, et cet établissement pourtant entièrement neuf, induit une tristesse unanime. Pourquoi cette impression de tristesse est-elle partagée par l'unanimité, soignantes et résidents ?

En outre, le turn over devient une inquiétude collective, il y aurait eu douze démissions depuis septembre, et chacune sait les difficultés à embaucher des personnes diplômées, compétentes et motivées, car ne travaille pas qui veut en EHPAD. Ce travail est singulier, il ne pourrait se réduire à un travail « alimentaire », il est difficile et éprouvant, mais il a du sens, il sous-tend une éthique, et les soignantes devraient être beaucoup plus respectées dans les représentations collectives. Des professionnelles de valeur, démoralisées ont baissé les bras et ont préféré partir. Ces démissions et ce turn over sont des symptômes inquiétants, que l'on peut associer à l'absentéisme, il s'agit d'indicateurs de souffrance du personnel, analyseurs de la violence institutionnelle.

A cette heure, il y a une véritable inquiétude quant à la pérennisation de ce qui subsiste encore de l'équipe. Chacune s'est conscientisée quant à la nécessité de conserver à tous prix un noyau « d'anciennes » qui symboliseraient la mémoire de l'équipe, et cette mémoire, il est nécessaire de la retransmettre aux nouvelles candidates à travailler ici. Cela donne sens, et cette notion de transmission intergénérationnelle est à cultiver. En écrivant ces mots, je pense plus particulièrement à une AS de nuit, qui a plus de 25 ans d'ancienneté, et qui fut étonnée

lors de la session d'aujourd'hui, lorsque je lui ai crédité un savoir important, étonnée quand je lui disais apprendre de ce qu'elle me disait ; j'évoque là un savoir expérientiel de plusieurs décennies qui ne devrait pas rester lettre morte, et ces professionnelles d'expérience pourraient, dans certaines conditions, exercer un rôle formateur pour les nouvelles.

24/05/2013 : Un climat chaleureux et contenant s'est instauré, et une certaine confiance. Les représentations fantasmées de la place que j'occupais auprès des soignantes s'est peu à peu modifiées : si j'ai parfois été perçu comme « un suppôt de la direction », « un agent double », « un psy forcément donneur de leçons », ces représentations imaginaires ne feront pas long feu, à l'épreuve de la vérité des séances et de mon positionnement éthique : je suis dans une posture d'extériorité et de tiercéité, et si je ne suis jamais dans le jugement de valeur, je m'autorise à donner mon avis, prendre part, prendre parti, c'est-à-dire être partie prenante de ce travail de parole, j'en suis le garant, et si je m'y implique, c'est dans une posture d'implication distanciée, mais toujours empathique.

Je ne viens pas ici pour donner des cours sur la bientraitance et la maltraitance, d'autres le font, sans doute mieux que moi. Quant à la maltraitance, il s'agit surtout d'un état d'esprit, je ne pense pas qu'il s'agisse d'établir une nomenclature des actes maltraitants ou bien-traitants, et de se référer à cela, afin de se réassurer dans le bien-fondé de sa pratique. Il n'y a pas de catalogues des actes maltraitants : la maltraitance est un état de non-droit, un abus de pouvoir. La bientraitance, c'est le respect de l'altérité, telle qu'elle se montre, c'est-à-dire la reconnaissance de l'homme par l'homme, et à mon sens, le contrat social de base.

La maltraitance, c'est surtout une attitude où l'on considère l'autre comme un objet dénué de sentiments, où l'on décide à sa place. C'est caractéristique de l'irrespect où le résident est traité comme un objet médicalisé et protocolarisé, alors que nous sommes dans une clinique du « cas par cas » et du sujet singulier. Par conséquent, je préciserai lors de la séance préliminaire du mois de mai (présentation de chacun par une courte autobiographie, et description approfondie des caractéristiques du travail de chacune, et approfondissement de la demande, ce qui fut difficile, car la grande majorité ignorait complètement la nature et les finalités de la supervision) que je n'étais pas un expert tout puissant qui allait les éclairer sur la gériatrie, je n'étais pas là pour ça, même si cette question du grand vieillissement ne peut m'être étranger. J'ai emprunté (à J. Rouzel) la métaphore de l'ouvrier d'entretien de l'outil de

travail, et en l'occurrence, il s'agit des personnes, et de leur capacité à faire face à cette mission difficile. Je suis là pour les écouter, animer des séances dans un cadre sécurisant dont je suis le garant, je peux aussi reformuler, distribuer la parole, interpréter, comprendre, synthétiser, émettre des hypothèses d'actions, et souvent modérer, car certaines énonciations émises dans le vif de la colère sont souvent excessives, à prendre avec distance.

Ma tâche consiste à les accompagner dans leur questionnement et leur désir, en référence à l'éthique psychanalytique dont je suis porteur. Un climat chaleureux s'est installé, propice dès lors à un réel travail de supervision. Des réticences ont été dépassées et réinterrogées : beaucoup se sont plaints les premières sessions du fait que les groupes une fois définis étaient à chaque fois caducs, leurs compositions changeaient à chaque fois ; et j'ai dû défendre la bonne foi des trois cadres de santé qui ne faisaient pas preuve de mauvaise volonté, mais ont été confronté à une impossibilité, celle de garder les mêmes groupes ; compte tenu des nombreux paramètres, avec les horaires de chacun, les repos, les congés, les formations, les arrêts de maladie inopinés, ce fut un vœu impossible à tenir. A posteriori, je dirais que ce fut un bien, car ce brassage fut au final apprécié, il fut signe d'ouverture, de découverte de l'autre, voire d'autres métiers, et seule une infime minorité ronchonne encore à ce propos, et plus particulièrement aux Gentianes, où il y a quelques personnalités très fortes.

En outre, et nous l'avons vérifié par deux fois : un groupe, de par sa composition liée au hasard peut se révéler mutique, et le silence signifie toujours une résistance, un groupe peut se révéler toxique à cause d'antagonismes irréductibles, la parole ne peut pas circuler, faute de confiance...alors, le brassage est au final bénéfique, d'autant plus – effets secondaires - qu'il me préserve ainsi, dans « l'ici et maintenant » de beaucoup de phénomènes de groupes, que j'aurais de ce fait, évité...

Je suis favorable à ce brassage des personnes et des métiers, et ce regroupement fait équipe, cela va dans le bon sens, compte-tenu de la situation délétère. Ce qui m'a le plus dérangé - et sur les trois établissements - ce fut cette impossibilité de commencer à l'heure, les soignantes ne parvenant pas, dans la plupart des cas, à se libérer de leur travail pour se rendre à la session à l'heure annoncée, d'où mon projet de séances plus courtes en 2014, si le dispositif se pérennise.

26/05/2013 : Dans cet établissement, il y a au troisième étage une Unité d'hébergement Renforcé (UHR). Cette unité de quinze places propose une prise en charge adaptée à des résidents atteints de démence sénile ou de la maladie d'Alzheimer. C'est une institution « à part » dans l'établissement.

Ses caractéristiques sont les suivantes :

- L'accueil d'une population ciblée : personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères ;*
- La présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades ;*
- L'élaboration d'un projet adapté de soin et d'un projet de vie personnalisé ;*
- La participation des familles et des proches ;*
- La conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.*

Le travail à l'UHR est difficile, il est fantasmé, envié, imaginativement représenté...

Il y a cette confrontation quotidienne au délire, à la folie, à la démence, et les soignantes sont souvent mises à mal, et le soir épuisées psychiquement. Elles décrivent unanimement les mêmes symptômes, conséquence de travailler toute la journée avec des personnes délirantes. L'UHR est une institution dans l'institution, il y a d'elle une représentation fantasmée : c'est le troisième, l'étage des fous, le quartier de haute sécurité, et pour d'autres, plus malveillants : la bonne « planque » où l'on fait semblant de travailler. Quelles que soient ces représentations du sens commun, mes rencontres avec les soignantes du troisième sont passionnantes, elles montrent de l'intérêt à ce travail, il y a une unité d'équipe, une éthique partagée dans laquelle celui qui est au centre est le résident : ses rythmes sont respectés, il se réveille quand il le désire, les toilettes peuvent attendre, tout se passe sur place, dans un huis clos contenant où le patient peut prendre le temps de vivre.

Les soignantes peuvent prendre des initiatives, il y a un esprit de liberté et de confiance dans le travail. Il y a une véritable culture de l'équipe à l'UHR, et si j'ai souvent rencontré auprès de ces professionnelles une certaine usure liée aux conditions de travail difficiles, avec cette population ; l'esprit d'équipe et l'enthousiasme étaient toujours au rendez-vous, c'était pour

tous comme une bouffée d'air frais, et comme quoi la souffrance au travail n'est pas une fatalité. Il est notable que tout au long de l'année, les soignantes de l'UHR ont émis une demande spécifique quant à l'organisation de futures séances d'AP : Elles désireraient des séances spécifiques à l'UHR se déroulant sur place, et j'en suis d'accord avec le principe. De plus, travailler sur place contextualise les propos échangés, c'est une confrontation au réel qui peut être bénéfique, de plus, les soignantes ne s'absentent pas de leur lieu de travail, ce qui ne pénalise plus le fonctionnement.

Au stade où j'en suis, je me demande pourquoi ce type de fonctionnement où le résident (nommé patient à l'UHR) est respecté dans ses rythmes n'est pas étendu à tous les EHPAD ? Le coût financier serait certainement à la hauteur de la plus-value sociale que cela générerait. Mais si ce questionnement dépasse mes prérogatives, la question demeure.

27/05/2013 : Les AS et autres professionnelles ne se sentent jamais valorisées malgré leurs efforts. Elles racontent qu'il n'y a jamais de contrepartie, de valorisation de la part de leur hiérarchie. Elles décrivent un climat mortifère, où chacun espionne l'autre (réactivé par l'antagonisme AS/IDE), elles se sentent surveillées dans leurs moindres gestes, ce qui réduit toute possibilité de spontanéité. Une grande culpabilité s'exprime souvent, celle de ne pas avoir fait du bon travail, de ne pas avoir pu prendre du temps à consoler un résident, à faire parfois 22 toilettes dans la matinée, comme du travail à la chaîne, sans la moindre valorisation en retour.

Cette culpabilité est souvent verbalisée, au travail, il est nécessaire de l'atténuer, à défaut de la lever complètement, car une question reste en filigrane pour les soignantes : « Faire vite et bien, n'est-ce pas au bout du compte être complice d'un système maltraitant ? ».

Il y a des effets inattendus et de bonnes nouvelles : une AS m'a confié la semaine dernière que son mari était content, car depuis le début de nos regroupements, la sphère professionnelle devenait moins intrusive, et ils arrivaient à parler d'autre chose à la maison.

La confrontation au grand vieillissement, à la sénilité, à la démence, et à la mort fut souvent mise en mots. Elle laisse des traces émotionnelles qui nécessitent un accompagnement et un

lieu pour pouvoir l'exprimer régulièrement : c'est notamment ce qui légitime le travail de supervision dans un EHPAD.

Les soignantes comprennent pour la plupart que le résident ne se réduit pas à un corps vieillissant que l'on aborde avec un regard froid et médicalisé. Les EHPAD appartiennent au champ du médico-social, mais actuellement, dans cette conjoncture défavorable, il me semble que c'est le médical qui domine, le (lien) social, lui, passe à la trappe, en tous cas, c'est une tendance lourde, repérée, convergente, où le corps médical objectalise et ignore le sujet.

3.3 Les Airelles.

4/06/2013 : « Aux Airelles, tout va bien ! » autoproclamera durant deux débuts de séance de suite une AS, avec une mimique ironique : « tout va bien...mais... », car il y a un « mais », une objection à ce constat de bien- être au travail, souvent proclamé, comme une opinion dominante et consensuelle. Cette professionnelle adhère pourtant au fonctionnement et se sent bien à son poste d'AS, et défend avec véhémence le bon esprit d'équipe, cependant, elle montre qu'elle n'est pas dupe. Comme quoi l'enthousiasme professionnel n'empêche pas de réfléchir à l'exercice de son métier, sur ses conditions réelles d'exercice, être lucide.

Pour qui sait écouter et observer, il y a beaucoup de représentations véhiculées aux Airelles, y compris sur le cadre de santé (le cadre de santé sera toujours le point de mire des personnels, c'est consubstantiel à son statut, fonction et rôle), objet de fantasmes qui évoquent le mythe fondateur de toute institution. A propos des mythes et des expressions nostalgiques qui l'accompagnent, force m'est de constater le divorce qu'il peut y avoir dans les représentations du passé, perçu comme heureux, et celles du présent, vécu comme ennuyeux, répétitif, usant, au bout du compte, épuisant les personnes. Il y a comme l'expression d'un travail de deuil de l'illusion, une certaine résignation ; apparaît alors quelque chose de l'ordre du réel qui induirait un certain renoncement à des aspirations éthiques, le principe de réalité se confondant avec le principe de résignation.

J'ai souvent entendu sous des formes diverses l'assertion suivante concernant le travail à l'EHPAD des Airelles :

« Aux Airelles, ça va, il y a une bonne entente, le cadre de santé n'est pas sur notre dos et nous fait confiance, il est proche de nous, jamais hautain, mais beaucoup de difficultés sont tues, et le cadre ne sait pas nous valoriser, nous remercier quand un effort a été accompli. »

Ici, et comme dans les deux autres établissements, nous constaterons la même usure au travail, mais pour les Airelles, cette grande fatigue professionnelle sera tempérée par un fort esprit d'équipe, un petit supplément d'âme qui rend la réalité professionnelle supportable, voire agréable au niveau relationnel.

Le syndrome d'épuisement professionnel se manifeste par un ensemble de symptômes pouvant modifier les comportements au travail. Une fatigue accumulée induit cet état, classé dans les risques psycho-sociaux professionnels, il n'est pas anodin que depuis une décennie, se sont ouvertes dans les établissements de médecine du travail, des consultations gratuites et anonymes, concernant la souffrance au travail.

Les risques psychosociaux seront définis comme les risques pour la santé mentale, physique, et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels, susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. Telle est la définition de l'actuel ministère de la santé.

Les risques psychosociaux au travail peuvent être observés et évalués selon six axes :

- L'intensité du travail durant un certain volume horaire.*
- L'exigence émotionnelle.*
- L'autonomie au travail.*
- Les relations sociales au travail.*
- La souffrance éthique (l'impression de faire du mauvais travail)*
- Le sentiment de valorisation (ou son contraire) par l'encadrement.*
- L'impression d'insécurité au travail, de ne pas pouvoir « y arriver ».*

L'impact émotionnel du travail de soignante en EHPAD est important : la confrontation quotidienne à la mort, aux corps qui se dégradent, à la sénilité laisse des traces que l'on ne

saurait ignorer. Il y a souvent un impact émotionnel important qui n'est pas pris en compte, et la soignante véhicule cette souffrance jusqu'à la sphère familiale, qui en fera indirectement les frais. Il s'agit souvent d'une souffrance éthique, vecteur de culpabilité. La soignante se dit complice d'un système plus ou moins ubuesque, qui consiste à administrer des toilettes « à la chaîne » chaque matin ; le but final étant que chaque résident soit prêt pour le repas du midi. Selon l'effectif, il y a certains matins où le relationnel passe à la trappe, la relation d'aide qui définit bien la profession devient une relation où la personne âgée est objectalisée, c'est la conséquence du manque de temps à lui consacrer.

Aujourd'hui une AS évoquera l'aide à la toilette, elle est préconisée afin de maintenir une certaine autonomie, mais dans la plupart des cas, les soignantes font tout à la place des personnes âgées, car ça va plus vite, et de ce fait, les résidents passent rapidement de l'autonomie à l'hétéronomie. Les AS et autres ASH regrettent de ne pas prendre plus de temps dans les nécessaires échanges verbaux qui maintiennent le lien social, elles sont ultra stressées, l'œil en permanence sur la montre, et certains résidents se plaignent à juste titre d'être l'objet de méthodes expéditives. L'EHPAD pathologise.

L'exposition à ces risques psychosociaux peut avoir des conséquences collectives et individuelles. Au niveau collectif, ce syndrome se manifestera par de l'absentéisme et des arrêts de maladie qui pénaliseront le fonctionnement. Au niveau individuel, il est remarquable le nombre de soignantes souffrant de lombalgies, cervicalgies, sciatalgies, migraines, et au niveau psychique, certaines souffrent de troubles anxiodépressifs, d'addictions (la majorité des soignantes fume), d'insomnies. N'est pas aide-soignante en EHPAD qui veut, et je ne cesse de le répéter, tant les soignantes ont besoin de valorisation. Il s'agit d'un métier difficile qui demande de la résistance et de la force physique afin de pouvoir aider les résidents dans les gestes de la vie quotidienne. Ce métier demande aussi beaucoup de patience, de maîtrise de soi, de la bienveillance, de l'empathie - et cette question de la distance professionnelle sera souvent interrogée au cours des sessions - l'aide est constitutive de l'identité du métier, et le signifiant aide-soignante (ou AMP) est dans la dénomination professionnelle : il s'agit du souci de l'autre et de son confort, de sauvegarde du lien social, d'un maintien d'une l'autonomie relative, c'est une profession qui ne saurait être qu'alimentaire, cela demande don de soi, de la disponibilité, et d'être dans un bon état physique et émotionnel.

5/06/2013 : Le souci de la bientraitance est une préoccupation récurrente, et souvent évoqués lors des sessions, et aux Airelles peut être plus particulièrement, où il y eu beaucoup d'études de situations cliniques qui interrogeaient les équipes : le bien -fondé ou non, et dans certains cas, des contentions, le traitement de la douleur, de la tristesse mélancolique, les troubles comportementaux de certains résidents qui perturbent l'équilibre de l'établissement, et surtout, ce point de butée que nous rencontrerons dans les trois établissements, cette impossibilité : celle d'accorder suffisamment de temps au résident.

Comme je l'ai déjà évoqué, pour moi, la maltraitance est un espace de non-droit où le sujet devient objet, par décision arbitraire d'un autre tout puissant ; ne serait-ce que par la potentialité violente qui existe dans toute relation de dépendance.

A contrario, la bientraitance serait la prise en compte de l'altérité du sujet, tel qu'il est, là où il en est, dans sa singularité et sa souffrance. Ainsi, la bientraitance ne serait que le respect de l'autre, la reconnaissance de l'homme par l'homme, c'est-à-dire le contrat social basique qui stipule : « je te reconnais comme autre et mon semblable. »

La maltraitance est perçue globalement par les différents groupes, comme située dans une zone d'irrespect où l'autre n'existe plus qu'à travers un regard instrumentalisé, protocolarisé, médicalisé.

Beaucoup de soignantes évoquent la tristesse des résidents. Ces derniers s'ennuieraient d'être les objets d'une institution animée d'un regard médicalisé et hygiéniste : Sont assurés aux résidents le minimum qui fait « vitrine », des indicateurs d'une bonne prise en charge, c'est-à-dire le gîte, des repas variés et équilibrés (un peu aseptisés), des locaux vieux mais propres, le couvert, la chambre qu'il faut parfois partager (ce qui n'est plus adapté), des contraintes horaires ritualisées qui ne respectent pas les rythmes de chacun, et surtout, beaucoup de temps vide, heureusement compensé par l'animatrice, laquelle pourtant, toute seule, ne peut faire des miracles...mais de ce temps vide, elle s'efforce d'en faire du temps libre !

Les résidents n'ont aucune prise directe sur leur vie quotidienne, tout est normé, organisé, orchestré, réglé, synchronisé à leur place ; et c'est précisément cette organisation (paradigmatique à tous les EHPAD) qui indurait souffrance et tristesse : celle des résidents,

celle des soignantes, mêmes symptômes, même origine : une organisation du travail décalée de l'humain.

Ainsi, le regard des soignantes sur leur travail est souvent critique et culpabilisé. Cela évoque la deuxième session d'aujourd'hui, par laquelle une AS déclare : « Je suis là pour aider l'autre, prendre soin de lui, et je me trouve dans l'incapacité de réaliser cette mission que j'ai choisie, pour laquelle j'ai été formée, et pour laquelle je suis payée. »

7/06/2013 : Il y a un sentiment de culpabilité partagé dans les trois établissements, à des degrés divers, mais il a fallu « la travailler », bousculer certaines représentations, dans certains cas, cette culpabilité fut levée, grâce au travail de groupalité psychique accompli en supervision.

8/09/2013 : Deux sessions où est travaillée la notion d'équipe, c'est quelque chose qui leur tient « à cœur », l'individualisme est souvent accusé de nuire. Une équipe, ça se construit, l'esprit d'équipe, ça se cultive, il faut y consacrer du temps, de l'énergie, de la volonté. Il faut se doter de moyens appropriés pour faire d'un groupe, une équipe orientée vers la réalisation d'un but commun, et pour maintenir vivante l'équipe ainsi constituée. Nous voyons combien les notions d'équipe et de groupe s'associent mutuellement. A l'issue de cette matinée, je proposerai l'énoncé suivant :

Faire d'un groupe une équipe orientée vers la réalisation d'un but commun, c'est ce but commun qui fait sens, et qui transforme ce qui n'était qu'un agrégat d'individus en un groupe, et un groupe en équipe.

Il est indéniable qu'il y a une équipe stable aux Aïrelles, où y est cultivée une fierté, voire une culture qui s'affirme par ce discours dominant qui caractérise l'établissement : « ici, c'est le résident qui est au centre, nos problèmes relationnels ou organisationnels n'ont pas à interférer, s'il y a conflit, on en parle...plus tard », mais on en parle toujours, car parler bouscule les représentations imaginaires, et dissipe dans la plupart des cas des malentendus. Rien de pire que ces « non-dits » qui s'accumulent et deviennent pathogènes, comme j'ai pu l'observer, et notamment dans les deux autres EHPAD.

Le vrai problème, c'est le pathique...la pathoplastie, aurait dit Jean Oury...

9/09/2013 : Aujourd'hui, les soignantes détournent leurs plaintes sur moi, c'est la chute (prévisible et désirable) du Sujet supposé savoir, une des conséquences d'un travail sous transfert. Est évoquée l'impossibilité de maintenir d'une fois sur l'autre les mêmes groupes. La confidentialité est mise en cause : « J'ai dit des trucs le mois dernier, qui sont redescendus dans les étages, je préfèrerais ne plus rien dire, je n'ai pas confiance ». Les finalités de « l'analyse des pratiques » sont réinterrogées, voire dénigrées : « A quoi ça sert de parler ensemble chaque mois ? C'est du bla-bla, ce qu'il nous faudrait, ce sont des salariés en plus, du matériel en meilleur état, et on n'aura rien. A quoi ça sert de parler dans le vide ? ». Une autre, encore plus véhémement m'accusera d'être complice du système : « Le CHALPES pour nous calmer, nous envoie un psy, ça nous détourne des vrais problèmes ! » ... et je ne peux pas m'empêcher de penser qu'il y a une vérité dans cette véhémence.

2/11/2013 : Une matinée à parler de la vague de décès dans l'établissement, il y en a eu huit en deux semaines, et cela a un impact manifeste. Elisabeth, AS, dira : « quand je rentre chez moi, je n'arrête pas de pleurer. Ma mère est partie, et je mets en relation sa mort et tous ces décès. Il n'y a aucune possibilité de faire un travail de deuil, et pourtant, on s'attache à certains résidents. Je reprends le travail après un week end, j'apprends que Mme M. est décédée, on n'en parle plus, c'est « emballé », elle est remplacée trois jours après. »

IV- Analyse intermédiaire. Bilan et perspectives.

En 2013, et dans chaque EHPAD, mon intervention était structurée par six GAP (Groupes d'Analyse des Pratiques) pour des sessions d'une durée d'une heure trente. Pour 2014, nous avons redéfini mutuellement les modalités de cette intervention avec la direction du CHALPES, j'ai dû m'adapter aux contraintes spécifiques du fonctionnement de ces établissements, à savoir le besoin de toutes les ressources humaines à certains moments de la journée, déplaçant de ce fait en début d'après-midi les regroupements, pour une durée moindre (une heure). Le nombre de GAP fut ramené à quatre aux Airelles, et trois aux Gentianes. J'ai entre-temps perdu le travail à l'EHPAD des Alpes, la cadre de santé n'approuvant pas mon intervention, et ce qu'elle considère (peut-être) comme un contre-pouvoir instituant. Une certitude : j'étais un tiers extérieur, et témoin d'une grande violence institutionnelle, et en ce sens, je la dérangeais.

J'ai, par conséquent, perdu un grand volume de travail : de 18 groupes d'une heure trente, je passe à sept groupes d'une heure. J'en serai soulagé, ce qui peut être énigmatique, et je rentrerais de ce fait un peu plus dans le cadre de la « commande » de PSYCHASOC.

La réduction du nombre de groupes généra une augmentation numérique des participantes (j'ai animé parfois des groupes de 14 soignantes, et c'est très lourd) à chaque session. Au-delà de dix personnes, la conduite de ce moment de travail peut être difficile, voire éprouvante. Difficile de refocaliser sur la tâche des soignantes qui sont là depuis le matin, il y en a qui sont épuisées et ont envie de dormir, d'autres sont surexcitées, et les interlocutions sont nombreuses, parasitant l'expression d'une parole pleine, et dans certains cas, le groupe régresse, ou plutôt, c'est la situation de groupalité imposée qui fait régresser.

A l'issue de cette nouvelle phase d'intervention, la durée d'une heure semblerait bien adaptée à nos objectifs et aux besoins des soignantes, encore faudrait-il pouvoir commencer à l'heure. Dans la plupart des cas, les sessions commencent dix minutes en retard, il y a des contraintes professionnelles qui viennent en butée, le résident est au centre, alors nous attendons souvent des professionnelles qui sont encore en transmissions, ou en soins... tout se déroule à flux tendus. Ces dix minutes manquantes sont pénalisantes, et c'est souvent ainsi qu'il est nécessaire « d'en rabattre », et de consentir à ce que ce moment de supervision se transforme, sur le fond et la forme en groupe de parole à fonction cathartique, ce qui, au bout du compte, n'est déjà pas si mal ! Cependant, cinquante minutes ne suffisent pas pour une élaboration collective autour d'une vignette clinique. Enfin, comme en 2013, il s'agit toujours de *groupes-non-groupes*, il s'est avéré impossible de constituer des groupes permanents pour les sessions, il y a trop de paramètres calendaires en présence, les repos, les congés, les arrêts de maladie, les formations.

Ainsi, les groupes sont constitués chaque mois par les cadres de santé en fonction des présences ; parfois, le hasard fait émerger un groupe très productif et parlant, d'où l'on en sort ressourcés – y compris moi - en d'autres cas, et à contrario, cela donnera un groupe résistant et/ou mutique, en effet il peut y avoir des sujets antagonistes se retrouvant par hasard dans le même groupe, et le moment peut se montrer difficile, anxiogène, et le groupe pris dans des affects négatifs et mortifères, dans la pulsion de mort et de déliaison peut prendre une structure délirante...mais heureusement, ce groupe-là n'aura une durée de vie

que d'une heure trente ! Ce brassage des groupes est encore régulièrement évoqué par les soignantes, la question de la confidentialité y est associée et régulièrement interrogée : c'est en effet le sentiment (la complétude imaginaire) d'appartenance à un groupe qui fait le plus souvent respecter la confidentialité. Etre à chaque fois dans un nouveau groupe, c'est une inscription éphémère dans un « no mans land » imaginaire, ce n'est pas liant au niveau symbolique, et par conséquent, cela peut autoriser toutes les transgressions.

Et c'est ainsi que des énonciations émises sous le sceau symbolique de la confidentialité sont régulièrement colportées (et forcément déformées) dans les étages. A contrario, ce brassage fait ouverture : Ainsi beaucoup ont appris des autres, et réciproquement, les hôtelières des soignantes, les IDE, des femmes de service, les AS des IDE, dans chaque groupe, il y a souvent plusieurs métiers, alors cela dissipe les représentations erronées et les clivages, cela autorise une meilleure circulation, voire une meilleure ambiance, cela modifie sensiblement la pathoplastie de l'institution.

Cette situation m'a fait échapper aux phénomènes de groupes et les soignantes ne vivront pas la complétude imaginaire de l'illusion groupale, cette collusion dans l'illusion. Comme l'écrivait Pierre Bourdieu en 2004, « *le groupe est une complicité foncière dans le fantasme collectif, assurant à chacun des membres l'expérience d'une exaltation du moi, principe d'une solidarité enracinée dans l'adhésion à l'image du groupe, comme image enchantée de soi* ». ²⁸

La question des groupes n'est pas tranchée, même si la majorité des professionnelles souhaiterait des groupes constants sur l'année...et cette revendication vient pour l'essentiel de l'équipe des Gentianes. A contrario, le brassage des groupes n'est pas un problème aux Airelles, il serait même perçu comme un facteur de richesse et de lien, ce qui confirme l'hypothèse d'une équipe soudée et solidaire aux Airelles, où chacun accepte de travailler avec l'autre et pour le résident ; et d'une équipe en difficultés relationnelles aux Gentianes, où sévissent les clans et les réflexes communautaristes. Comme le disait un jour le psychanalyste Marc Ledoux : « *dès qu'on est trois, c'est la guerre !* ». ²⁹

²⁸ Pierre Bourdieu, « Esquisse pour une auto-analyse », Raisons d'agir éditions, 2004.

²⁹ Les rencontres de La Bergeronnette, « *Qu'est-ce qu'on fout là ?* », formation organisée par Marc Ledoux en 2007 pour un Lieu de vie et d'accueil (vidéo).

Vouloir travailler et parler avec tout le monde, ça autorise la circulation, des ouvertures, cela modifie la pathoplastie. Il reste à évoquer la question de l'adhésion au dispositif. Pour que cela fonctionne pleinement et que les salariées s'emparent vraiment de ces moments, il est nécessaire qu'elles en adhèrent avec les principes. Cela renvoie à la demande initiale, décryptée lors des toutes premières sessions, une demande qu'il faut réinterroger régulièrement. Cette demande est plurielle, elle renvoie aussi aux représentations que les soignantes se font de ma place auprès d'elles, dans « l'ici et maintenant » des sessions, et il s'agit d'un travail sous transfert, dans lequel – et dès le départ – je suis perçu comme *le sujet supposé savoir*.

Le but visé par la supervision est la conscientisation individuelle et collective de l'agir professionnel élaboré, pour et par le sujet parlant en son nom propre. Dans l'idéal, les participantes acceptent d'être des *parlêtres* (des êtres parlants) pendant une heure trente, la règle étant de tout dire, sans censure, à condition de respecter les autres dans les interlocutions. Il s'agit d'une (dé)construction du Réel en le verbalisant, en faire une représentation de la réalité, et en la confrontant aux divers regards du groupe au travail. Nous abordons la clinique des résidents par une groupalité faite de tous les sujets présents, et le groupe traite le Réel par le symbolique et l'imaginaire, transformant, de par ce travail le Réel par une représentation de la réalité. Le groupe peut en tirer une praxis nouvelle, un nouveau savoir, une nouvelle clinique.

La supervision est un dispositif d'aide à la professionnalité qui n'est pas standardisé, ça fonctionne au cas par cas, enfin, c'est ma conception, et s'il y a des modalités plurielles pour organiser les sessions, chaque groupe est vraiment unique, et c'est une situation d'exception, de par la conjoncture institutionnelle du moment, et par la composition hasardeuse du groupe. J'y discernerai deux tendances repérables que j'ai mis en œuvre durant l'année :

Celles qui sont surtout centrées sur les affects et les représentations imaginaires de la vie professionnelle, et le plus souvent sur le registre de la plainte ; et celles qui ont pour objet une analyse clinique des situations impliquant les soignantes dans leur relation aux résidents et/ou à leur famille. Elles ne sont pas à la même hauteur d'ambition, et je les vivrai, l'une comme l'autre, mais si je gardais éthique et posture, je m'adaptais aux circonstances.

La première modalité fonctionne comme groupe de parole où la fonction est surtout cathartique. Un groupe de parole ouvre un espace d'échanges sur des difficultés rencontrées dans le contexte professionnel. Il est un lieu de partage, d'écoute réciproque, autour d'une thématique concrète, d'un problème particulier.

Cet espace de parole autorise à chacun de s'exprimer et de se montrer dans sa vérité, de « déposer symboliquement quelque chose », sans avoir à redouter le jugement de l'autre. Il permet de réduire l'isolement psychosocial qui induit le plus souvent une souffrance au travail et une baisse de la motivation. En outre, l'effet de groupe peut favoriser la créativité de chacun de ses membres, il permet de réinventer sa pratique et d'être acteur du changement.

La deuxième modalité, plus rigoureuse est la supervision : Il s'agit là de l'agir professionnel engagé dans la relation avec les personnes, travail qui s'inaugure par la présentation d'une vignette clinique exposée par une soignante qui en a le désir. Nous parlons le plus souvent de :

- Ce que l'on fait et dont on ne parle pas d'ordinaire, parce que cela ne correspond pas forcément à la « commande » institutionnelle.
- Ce que l'on souhaiterait faire (l'idéal du moi professionnel) et que l'on ne parvient pas à faire, faute de temps, par exemple.
- Ce que l'on fait et que l'on aimerait éviter de faire.
- Ce que l'on fait sans en prendre conscience, parce que c'est confortable et habituel.

Ce dont il est question, en supervision, c'est la narration de la relation d'une soignante avec un résident vieillissant, diminué et hétéronome ; en présence d'un groupe de pairs, et d'un tiers – qui n'est pas un juge ni le grand Autre – le superviseur. Mais la supervision pour moi, c'est le plaisir – au risque – de la rencontre ; et les premières sessions sont déterminantes : tout est dans l'accueil du groupe, et de la rencontre qui s'inaugure ; voire un savoir qui peut à peu, va se construire, de cette rencontre sous transfert, pendant une période suffisamment durable, il y a une temporalité à la supervision : au moins une fois par mois, durant trois ans minimum.

Le groupe de supervision est un espace de parole intersubjectif dont je suis le garant des modalités, régulièrement redéfinies afin d'éviter certaines dérives de régression groupale,

souvent observées. Pour travailler, il faut une situation, un récit qui relève du Réel. La situation racontée devient l'objet – provisoire et temporaire – du travail de chaque sujet dans le groupe, dans l'ici et maintenant, et cet objet convoque nécessairement des résonances fantasmatiques, en rapport avec la vie de l'institution et des différentes synergies créées par le travail en équipe. Un groupe peut se montrer délirant.

Des personnages externes au groupe sont reconstruits et convoqués subjectivement par les participantes, des fantômes collectifs [que l'on croyait abandonnés et refoulés, car appartenant au passé, mais l'inconscient se moque de la temporalité] réapparaissent. Les liens d'appartenance, les alliances symboliques s'interfèrent avec des représentations fantasmatiques, et les effets collatéraux des énonciations dans les groupes, complexifient parfois le travail et peut mettre à l'épreuve le dispositif (un bricolage à réinventer sans cesse...) que j'ai essayé durant deux années à mettre en place...et il m'a fallu tenir le cap, le cadre, et la posture.

Les connaissances apportées par la clinique psychanalytique des groupes et des institutions permettent de mieux comprendre comment toute intervention extérieure dans un système organisé fera émerger des processus inconscients enkystés dans le cadre institutionnel. La souffrance au travail, qui peut s'exacerber (parce que communicative) à certaines périodes se montrera sur le mode du registre d'une plainte incessante, répétitive, obsédante, les angoisses, issues des contraintes de travail souvent lourdes, se déplacent sur l'espace de parole du groupe, s'y dépose, se sédimente, et cela réoriente le travail, il faut accepter l'imprévu, le vide du mutisme ou le trop plein pulsionnel...chaque groupe est vraiment unique, il faut le répéter.

Il y a souvent de bons moments, j'en ai connu -rarement- quelques mauvais, où je me suis retrouvé en difficulté, les soignantes transférant sur moi leur sentiment d'impuissance, m'en rendant sur le moment responsable. Je me suis confronté à la chute du Sujet-supposé-savoir, à la castration – ce manque symbolique d'un objet imaginaire -, j'ai accepté d'être manquant. C'est la conséquence d'un travail sous transfert, ou plus exactement, du transfert du transfert, à savoir la rencontre traumatique avec des populations souffrantes : cela renvoie à *la fonction phorique* (P. Delion), ou au « *holding du holding* » (D. Winnicott).

Mais globalement, j'ai bénéficié d'un transfert positif de la part des équipes. Je connais les professionnelles depuis avril 2013, un climat de confiance mutuel s'est instauré, et il semblerait qu'elles commencent à comprendre de quelle place (un dedans/dehors, comme sur une bande de Moebius) je m'autorise à parler et à les écouter. Elles ont compris aussi que je ne détenais pas LA solution à leurs problèmes, que ce LA est barré, et que nous devons continuer à cheminer ensemble dans notre questionnement et notre recherche de la vérité.

Par ailleurs, je ne suis pas dupe, j'ai compris aussi que les professionnelles cherchaient parfois à me faire entrer dans leurs propres vues et systèmes d'alliance : le gâteau partagé dans la convivialité, et le petit café que l'on m'offre régulièrement en sont vraisemblablement les signifiants. Le groupe de supervision doit se dérouler dans la convivialité, il est nécessaire que les participantes s'y sentent bien, cela doit être un espace contenant, sécurisant, qui facilite l'expression de la parole. Je me veux le superviseur qui contient et qui rassure, un père qui vise à quoi ? A être aimé ? En voilà de l'imaginaire !

Enfin, et qu'on le veuille ou non, ce travail de parole constitue à restaurer de la groupalité d'équipe, à renarcissiser la représentation (imaginaire) des métiers – bien trop souvent dévalorisée –, à lever des culpabilités souvent récurrentes, et de ce fait participe à la réduction des risques psychosociaux au travail ; et ça arrange bien les établissements, le superviseur fait souvent office de « pompier du social », même si les prises de conscience qu'il est censé susciter peuvent aviver les brasiers plutôt qu'à les éteindre. N'empêche ! Nous ne sommes pas payés pour mettre de l'huile sur le feu, encore une contradiction qui renvoie à « l'impossible » de cette fonction : régulatrice ou dérégulatrice ? Le superviseur serait-il un agent double ?

Ainsi, dans certains cas que j'ai pu observer, les soignantes sont en mesure d'expérimenter qu'au moment où elles partagent un « éprouvé », le groupe est en mesure d'accueillir une parole, et de travailler ensemble à partir de cette même parole. Quand cela fonctionne pleinement, le groupe prend – momentanément - valeur d'une instance psychique groupale, œuvrant à la régénération de la professionnalité. Oui, le sens du travail s'y régénère, s'y ressource, s'y renarcissise, cela fait aussi « garde-fous », cela garantit que l'insensé de la violence (archaïque) pulsionnelle du réel, ne devienne pure folie.

Le groupe de supervision devient un lieu d'adresse possible d'une parole, un moment pour se déprendre de ce qui a pu faire mal, à un moment donné, au travail. La supervision contribue à ce qu'un climat de confiance se régénère, et que de cette groupalité obligatoire naisse une groupalité consentie. Ce processus est en œuvre...et va perdurer en 2014, car il s'agit aussi d'un travail s'inscrivant dans la durée.

2014

V- Fragments d'un journal de terrain (Février à décembre 2014)

5.1 Les Gentianes.

2/02/2014 : Je reviens après une pause d'un mois, et rien n'a changé : comme le disait Lacan, le Réel, c'est ce qui revient toujours à la même place. Reprise des groupes de supervision, plainte, colère, sentiments d'indignité et de culpabilité : « On travaille à cinq le matin alors qu'il faudrait être huit, le soir, on est quatre, on devrait être six, c'est marche ou crève ! Pour échapper à ça, certaines ont choisi l'arrêt de maladie. Ces mauvaises conditions de travail se répercutent sur la qualité des soins, certains résidents n'ont pas été douchés depuis l'été dernier ! »

Impossibilité de mettre en place un cadre analytique. Je suis le réceptacle de la plainte et de la colère, et cette colère porte notamment sur l'évaluation externe qui vient d'avoir lieu : « Nous avons eu le bonheur d'apprendre que nous avons une direction à l'écoute, qui se souciait des conditions de travail et du bien-être des résidents...des évaluateurs en costard-cravates qui nous affirment avec aplomb que tout va bien, ils viennent d'où, ces gens-là ? Ils doivent être grassement payés ! »

« Les évaluateurs ont choisi quelques salariées, triées au préalable par la cadre de santé. Certaines n'ont presque pas parlé, c'est une vraie mascarade. »

4/02/2014 : Subsiste toujours cet antagonisme – pouvant aller jusqu'à la haine - entre certaines IDE et AS, alors que l'idéal serait à mon sens, et quand cela est possible de travailler en binôme, chacune apportant à l'autre son expérience clinique, ce savoir expérientiel : l'AS

dans l'intimité et la proximité avec les résidents, l'IDE dans ses gestes plus techniques, plus protocolisés, mais chacune peut apprendre de l'autre, le travail en binôme est habituel à l'hôpital, pourquoi pas ici ?

20/02/2014 : Les sessions sont sans cesse parasitées par une plainte incessante, monotone, répétitive – qu'il faut bien savoir accueillir, la règle étant de tout dire, comme dans les cures analytiques – au détriment de l'analyse clinique des situations professionnelles. Néanmoins, nous parlons souvent cette année des pathologies psychiatriques. La question de la prise en soins des psychotiques de plus en plus nombreux fut régulièrement évoquée, avec, sous-jacente, une demande de formation de base en psychiatrie. Qu'il y avait-il derrière cette plainte ? De la charge de travail de plus en plus lourde, avec des pics lors de périodes où beaucoup de salariées sont en maladie, les résidents sont là, il faut bien s'en occuper, quel que soit l'effectif. La confrontation quotidienne à la démence, parfois à la violence, les sentiments d'impuissance (« nous sommes pétrifiées par l'impuissance » dira une IDE) et de culpabilité en rapport avec le manque de temps disponible à donner à chaque résident, induit un épuisement psychique pouvant mener à des dépressions graves (trois salariées en arrêt pour dépression).

5/03/2014 : Les récriminations portent depuis quelques temps sur les problèmes de planning, et s'il s'agit d'un seul problème technique, il devrait être réglé rapidement. Il y a un bon potentiel humain et professionnel dans cet établissement, il y a une majorité de professionnelles qui parviennent malgré leurs difficultés à créer une ambiance familiale. Il y a une bonne volonté de bien-faire, il y a de la gentillesse, de la conscience professionnelle, et un souci du bien-être du résident ; mais il y a « quelque chose » qui ne prend pas, qui ne se lie pas, et tout le collectif en souffre. Il y a un inconscient institutionnel refoulé, mais qui ressurgit parfois par surprise, au détour des mots, d'une énonciation, un jour, lors d'une session. Il y a parfois une ambiance faite de rumeurs pouvant être nauséabondes, un climat de ragots, de « papotages » et d'intrigues, la folie du groupe conduit parfois certaines à la délation, au dénigrement. Les comportements sont souvent très infantiles.

L'idéal du Moi professionnel serait de transformer ce groupe de travail en véritable équipe. Le groupe est cloisonné, de par les diverses professions, les rapports hiérarchiques, les clans, les événements du passé qui ressurgissent, et les systèmes d'alliances qui s'affirment : à certaines périodes de l'année, ça ne circule pas, ça ne respire pas. La division sociale du travail

induit les replis frileux sur soi-même et l'individualisme, le groupe est en proie à la pulsion de mort, une pulsion de déliaison qui sépare les personnes, empoisonnées par des toxines mentales. Beaucoup viennent au travail avec la boule au ventre, et se préoccupent d'abord de savoir avec qui elles vont ce jour travailler. La cadre de santé a hérité d'une situation groupale difficile, et elle a fort à faire pour maintenir une relative homéostasie. Elle écoute celles qui la sollicitent, elle a fait le pari de la confiance, et son regard est porteur sur le groupe de travail. Les IDE sont les piliers de la maison, garantes de la qualité des soins, d'où le niveau d'exigence de certaines, et c'est souvent pour cela qu'elles sont diabolisées par certaines AS, les prolétaires du soin, celles qui font « le sale boulot ».

4/06/2014 : le pur hasard des présents qui fonde mensuellement la composition des groupes m'a confronté aujourd'hui à une session fort désagréable. Il y avait 14 personnes, et le climat relationnel était à la régression et au nihilisme, par lequel rien ne sert à rien, y compris ces groupes de supervision. Le groupe était clivé, voire bipolarisé en deux parties antagonistes, et les proclamations parfois haineuses et outrancières d'une partie du groupe étaient désapprouvées par une autre partie. L'ordre du jour inconscient qui était en œuvre, et pour certaines, était à la désignation d'un mauvais objet, à la recherche d'un « bouc émissaire » coupable du malaise dans l'équipe, et d'un vécu de maltraitance (entre collègues), dont plusieurs professionnelles feront état pendant la session. La désignation (imaginaire) d'un coupable permet à ces sujets du groupe d'avoir une emprise illusoire sur les situations, voire s'imaginer retrouver une maîtrise face à un climat relationnel de plus en plus délétère, source de mal être dans le groupe au travail. Je suis à un moment dans le collimateur des soignantes les plus belliqueuses, des personnes avec qui j'ai pourtant toujours entretenu des relations respectueuses et cordiales.

Mon rôle est remis en question : « A quoi ça sert, ce que l'on fait depuis deux ans, si rien ne change jamais ? ». Certaines professionnelles ont un vécu d'impuissance dans l'exercice de leur métier, et elles transfèrent sur moi cette frustration. Elles me reprochent – avec leurs mots – d'être manquant, donc impuissant, castré. De fait, elles ont compris que j'étais dans l'incapacité à boucher les trous et les béances de leur manque à être. Si je ne bouche pas les trous, je m'emploie à les déboucher, ce qui renvoie encore à la métaphore de l'ouvrier d'entretien, utilisée par Joseph Rouzel.

Après, c'est au tour de la cadre de santé de « payer » : le problème récurrent de planning est reposé, et puis... « La cadre, elle a ses têtes, ses « chouchous », et une énonciation est lâchée : « il y a quelqu'un qui pose problème aux Gentianes, puis le nom est révélé : Mme C. réapparaît dans un fantasme collectif, retour du refoulé. Elle est à elle toute seule ce que l'on appelle un analyseur en analyse institutionnelle, et son cas « fait parler » l'institution : la soignante-symptôme de l'institution ?

J'ai rencontré dès le départ en 2013³⁰ un conflit entre cette soignante (Mme C) et une partie de l'équipe, minoritaire, mais agissante. Ce conflit a fait trace dans l'établissement, et il divise l'équipe en deux parties antagonistes. Cette personne, qui était visiblement en situation d'urgence psychique a occupé lors d'une session au printemps 2013 les ¼ du temps de parole : soupçonnée de maltraitance, elle manifestait beaucoup de mal-être. Cette personne qui fait fonction d'AS fut la victime de discrimination et de harcèlement de la part de quelques collègues, et cela dura suffisamment longtemps et avec une telle intensité, pour que cela se solde par un arrêt de maladie d'une durée importante. Cette histoire a laissé une trace mnésique mortifère dans l'équipe, et cela ira même se manifester sous formes de fantasme collectif : l'organisation de séances d'analyse des pratiques s'originerait dans cette histoire de harcèlement, je l'ai entendu deux fois.

10/12/2014 : Avec un peu de recul, il me semble que malgré des périodes qui ont été détestables pour tout le monde, le climat relationnel s'est malgré tout amélioré par rapport au printemps 2013 où je débutais ces sessions. Une cadre de santé partait, une autre arrivait. Il y avait dans l'équipe un noyau minoritaire de soignantes qui déstabilisaient toute tentative d'équilibre et d'harmonie relationnelle. Il y avait aussi beaucoup de propos racistes à l'égard des soignantes africaines. En 2014, tout cela a disparu. Il y a encore beaucoup à faire pour que les professionnelles des Gentianes se sentent individuellement et collectivement co-responsables d'un bon climat relationnel dans l'équipe, et ce ne sont pas les résidents qui s'en plaindront. Il faudra du temps et de la stabilité, former les salariées comme c'est le cas pour huit d'entre – elles qui vont bénéficier d'une promotion socioprofessionnelle, par une remise à niveau en enseignement général afin de pouvoir intégrer la formation d'AS...l'ascenseur social fonctionne encore, c'est rassurant.

³⁰ Voir p 19/20.

15/12/2014 : L'animatrice des Gentianes a conclu la matinée en disant : « Les familles savent qu'il y a des dysfonctionnements mais elles apprécient l'esprit de famille qui est ici, elles savent que nous faisons au mieux pour le bien être des résidents, et que malgré nos difficultés, nous ne baissons pas les bras » ... c'est à dire les signifiants du Moi-idéal de l'institution, mais autant conclure ce journal par une note optimiste...autant que faire se peut.

16/12/2014 : La direction a écrit sur la grille de répartition des groupes : « Analyse de la pratique de décembre : dernières interventions de Mr Didelet ». J'apprends donc la fin de ma mission en même temps que les participantes, la cadre de santé est mieux informée que moi. Je trouve ça violent.

5.2 Les Airelles.

15/06/2014 : L'année fut marquée par plusieurs évènements bousculant le réel, des évènements ayant un impact. Il y a eu l'évaluation/audit en février, celle-ci n'interférera pas sur le travail des soignantes, et peu d'entre-elles rencontreront les consultants externes.

Il y eu la formation-action sur la bientraitance au mois d'avril. L'intervenante fut diabolisée par la majorité de l'équipe, elle devint – et demeure – le mauvais objet. Afin de réduire le jeûne nocturne et de se rapprocher des douze heures recommandées, une réorganisation du travail fut simultanée à cette formation-action qui concernera 27 membres de l'équipe. Cette réorganisation générera un alourdissement de la charge de travail. Je ne connais pas la formatrice et je n'ai aucun préjugé à son endroit, mais cette formation a l'impact d'un choc culturel entre le savoir expérientiel des soignantes et cette formatrice en position d'extériorité, dans la posture d'expertise du sujet-sachant qui donne des leçons. La formation fut perçue comme une somme d'injonctions et d'interdits, ressentie comme complètement décalée du réel de la clinique. Nous avons souvent travaillé en groupes sur ce qui faisait souvent polémique avec la formatrice : « Doit-on – ou non – réveiller les résidents s'ils sont mouillés la nuit ? Peut-on – ou non – tutoyer les résidents lorsque ceux-ci le demandent ? Quel est l'intérêt des petits déjeuners en chambre, tout seul, face à un mur ? ». Je pense quant à moi qu'il ne saurait y avoir une réponse toute- faite, normalisée et univoque à ces questions, elles renvoient au sujet, c'est une clinique du cas par cas.

20/06/2014 : Les groupes ont souvent dérivés vers la plainte, et s'il me fallait bien l'accueillir, il me fallait régulièrement refocaliser les professionnelles sur la clinique. Cette plainte est le symptôme de conditions de travail de plus en plus lourdes liées à cette nouvelle organisation qui entre actuellement en vigueur. Dès que les conditions d'exercice du métier se modifient brutalement, ou de façon trop conséquente, l'ensemble des équilibres relationnels vole en éclats. Ces transformations sont vécues comme persécutantes, et d'une destructivité obérant les identifications professionnelles, individuelles et collectives. Alors, le bon climat relationnel habituel se transforme, il se dégrade, se teinte de paranoïa collective, par un vécu d'impuissance et de passivité prenant insidieusement la place de l'optimisme de la volonté, d'ordinaire consubstantiel à cette équipe. La pulsion de déliaison fut à l'œuvre pendant environ trois mois. Toute l'année, j'ai mis en garde les soignantes afin qu'elles ne perdent surtout pas cet esprit d'équipe, par lequel elles se ressourcent, refondant cycliquement leur professionnalité et leur bon sens, un esprit collectif qui prend soin de chacune, solidaire et non solitaire.

21/06/2014 : Cet esprit d'équipe est le supplément d'âme de l'établissement, et en deux ans, malgré quelques crises, ce ne fut jamais démenti. Ainsi, au-delà de la prise en soins des résidents, il y aurait une prise en soin inconsciente et nécessaire de ce même esprit d'équipe, un esprit qui prend soin des soignantes. Il est manifeste qu'il y a un bon climat relationnel et une éthique partagée qui donne sens au travail, autorisant, de ce fait les conditions de la bientraitance et de la prise en soins des résidents. Pour ce faire, il faut prendre en soins l'équipe, cela participe du travail du superviseur ; cela passe par la prise en compte de l'autre, l'alter-égo, la collègue de travail, quelle que soit son métier dans le service. Une équipe, ça se construit, l'esprit d'équipe, ça se cultive, il est nécessaire d'y consacrer du temps, de l'énergie, de la volonté. Il faut se doter de moyens appropriés pour faire d'un groupe une équipe orientée vers la réalisation d'un but commun, et pour maintenir vivante l'équipe ainsi constituée. Un vecteur important de ces moyens, c'est cette parole libératrice qui circule dans les groupes, dissipant les préjugés, les représentations imaginaires, élucidant parfois des situations complexes grâce à une bonne groupalité. Il est aussi nécessaire qu'une personne se porte garante du maintien de cet esprit d'équipe, et cette personne, c'est le cadre de santé qui est censé l'incarner, lorsque son rôle est en adéquation avec sa fonction et son statut, ce qui n'est jamais gagné.

22/06/2014 : Un après-midi entier à travailler la notion d'équipe. Aux Airelles, l'équipe est riche de son caractère intergénérationnel, où les âges vont de 18 à 60 ans, et cette richesse se montre par la transmission des valeurs, des savoirs, savoir-faire, savoir être avec, et particulièrement des aînées vers les plus jeunes, c'est-à-dire tout le contraire d'un repli frileux de l'équipe sur elle-même. L'équipe intègre, l'équipe accueille celle ou celui qui veut bien ne pas travailler seul, qui veut bien dans certains cas, même en désaccord, s'en remettre à l'équipe, au collectif de soins, qui accepte d'être dans le lien et la parole. L'équipe est une coopération entre un nombre limité de professionnels différents, dans le même champ d'action, se considérant comme collectivement responsables d'une réalisation, ayant donc une intentionnalité commune, et étant en situation à l'intérieur d'une structure définie, dans un cadre stable et organisé. Bien sûr, de cette définition – élaborée en collectif -, des contraintes en découlent : ne pas jouer un jeu personnel et égoïste, se conduire en équipier, placer l'intérêt général en avant, c'est-à-dire à renoncer à un certain esprit de liberté individuelle.

C'est comme vivre en société, c'est contraignant, et de ces contraintes naissent une perte, mais compensée par un gain appréciable : Etre ensemble dans le même paysage, dans ce que le psychiatre Jean Oury nommait...la bonne ambiance...et la qualité des entours. Cette bonne ambiance, c'est l'identité de l'EHPAD des Airelles, et si c'était durable, ce ne sont pas les résidents et leurs familles qui s'en plaindraient...mais les soignantes pourront-elles résister longtemps à la pression managériale, à l'individualisme, au défaitisme, et surtout à l'endoxalite chronique³¹ ?

23/06/2014 : une très vieille dame qui se déplace avec un déambulateur, m'attrape le bras, et les yeux dans les yeux, me demande : « Vous êtes mon fils ? »
« J'en serais fier » lui répondis-je. « Vous n'êtes pas mon fils, mais vous êtes comme lui, en plusieurs morceaux, vous êtes un bon-à-rien ! » ... Là, « elle me l'a coupé ! » ...

15/09/2014 : De nombreuses énonciations sur la population dite « psychiatrique » :

« Avec certains résidents, je sais que je ne réponds pas à la demande, car je ne la comprends pas, c'est comme Mr G, je ne sais pas ce qu'il veut, je me sens incompétente et

³¹ L'endoxalite est un néologisme emprunté à Jean Oury, il signifie la soumission à l'opinion publique (la doxa), le conformisme, ce qui renvoie à l'idéologie.

désarmée, aucun mot, aucune phrase ne le représente, et tout dialogue sensé est impossible :
--- Vous prenez vos médicaments, Mr G ? --- Oui, je prends le bus tout à l'heure pour aller voir ma grand-mère ! Mr G a 90 ans ! Nous sommes toutes insatisfaites de ces prises en charge au rabais, nous n'arrivons pas à faire du relationnel, nous ne sommes pas formées à la gérontopsychiatrie. »

« Mme B dépose ses déjections partout, au salon de TV, dans les couloirs, en salle à manger, elle va même faire caca dans les chambres des autres pendant leur absence. Quand on lui demande pourquoi elle fait ça, elle répond « pour vous emmerder ! ». C'est ainsi qu'une ou plusieurs personnes rendent la vie ici impossible, et même déclencher des comportements collectifs délirants. C'est en cascade, parfois, ici, c'est la cour des miracles, ou la fosse aux serpents, on est vraiment au milieu des fous ! Il y a des résidents qui devraient être en psychiatrie mais il n'y a pas de places, alors ils échouent toujours en EHPAD, on ramasse tout. Il y en a, ils seraient mieux à l'UHR³² des Alpes, ce serait plus adapté qu'ici. On se sent en échec par rapport à ces personnes. En plus, rien ne les intéresse. »

« Mme E crie toute la journée et indispose tout l'établissement. Elle veut quelqu'un à ses côtés, qui lui prenne la main. Elle est très angoissée, elle a peur, mais on n'a pas toujours le temps, alors elle crie. Parfois, elle nous demande si nous sommes en colère après elle. On l'aime bien, mais on se sent désarmées face à ces cris continuels, les autres résidents sont excédés, cela entraîne par moments un climat de violence. Une fois par an, elle va faire un stage à l'EPSM³³, ça nous laisse souffler un moment ! »

« Une dame, Mme M, est arrivée avant-hier. Elle fait peur aux autres résidents, aux jeunes AS, on dirait qu'il y a le diable en elle. Des vieilles histoires ressortent par sa bouche, elle parle à moitié le patois savoyard avec une voix caverneuse, on dirait qu'elle est possédée, c'est vraiment effrayant, et pourtant, j'en ai vu, ici ! Comme beaucoup, elle confond le présent et le passé. Elle vient de l'EPSM. Elle crie, ne se fait pas comprendre, alors elle s'énerve et crie de plus en plus fort, on ne sait pas ce qu'elle veut ! »

³² Unité d'Hébergement Renforcée.

³³ Etablissement Public de Santé Mentale du département.

« Mme M crie tout le temps, elle refuse les soins, c'est pour elle une agression, elle a l'air persécutée. Elle invective les soignantes, des collègues se sont fait taper, elle voyait des démons partout. Elle vient de l'EPSM, ils finissent tous ici ! Parfois elle raconte sa vie mais elle est prise dans un délire de persécution très perturbant. Quand on lui parle doucement, qu'on prend le temps, on arrive à la calmer. Dès qu'il y a une vraie présence auprès d'elle, elle devient silencieuse et se détend un peu. Il faudrait pouvoir passer beaucoup plus de temps avec elle, mais comment faire ? »

« Mme F, ça se passait au deuxième étage, elle est sortie de sa chambre comme une furie, elle a donné un coup de canne à cinquante centimètres de ma tête, elle a tapé si fort que la canne s'est brisée, à ce moment-là, j'étais seule à l'étage, on se sent en insécurité. Elle a raconté le lendemain qu'elle avait voulu tuer le diable ! »

Ces énonciations retranscrites mot pour mot reflètent bien l'impact de cette population psychiatrique sur l'environnement. Les EHPAD dépendant du CHALPES n'échappent pas à cette tendance sociétale, et aux conséquences dramatiques de la disparition de plus de 65 000 lits en psychiatrie en quatre décennies, alors qu'il y a de plus en plus de pathologies mentales, tant ce monde est beau et bon ! Dans chacun des établissements, les professionnelles ont manifesté des sentiments d'impuissance, voire d'indignité professionnelle qu'elles transfèrent pour la plupart sur une demande de formation clinique en psychiatrie/gérontopsychiatrie. Il s'agit d'une demande d'aide à la professionnalité, une demande d'outillage, afin d'aider les soignantes à des interventions plus appropriées, et à mieux supporter les tensions générées par la prise en charge de ces pathologies de la déliaison et du désordre. Il me semble qu'une formation serait opportune, même si elle ne résoudra pas tout.

20/09/2014 : Outre les résidents souffrant d'une démence type Alzheimer ou d'autres troubles neurologiques, les troubles psychiatriques chez les sujets âgés se rencontrent dans deux types de situations différentes :

- *Le vieillissement des résidents présentant des pathologies psychiatriques récurrentes, et depuis longtemps, en particulier des bipolaires, des schizophrènes, et des mélancoliques. La clinique géronto-psychiatrique évoque des « psychoses vieilles », ou des psychotiques vieillissants.*

- *L'apparition de troubles psychiatriques chez des résidents jusque-là sans aucun antécédent : Il s'agit de psychoses à survenue tardive, au diagnostic souvent difficile. Dans certains cas, le placement en EHPAD (perdre sa place...) vécu sur un mode persécutant sera le facteur déclenchant, et le trauma entrainera une décompensation face à un réel qui se refuse à être symbolisé par le sujet ; et comme l'expliquait Lacan dans le séminaire sur les psychoses, ce qui n'a pas pu être symbolisé revient dans le réel sous la forme de l'hallucination³⁴.*

Prendre en soins ces résidents suppose de pouvoir décrypter leurs symptômes, de parler avec eux, ça les reconnecte avec le symbolique, il faut aussi les rassurer, être disponible et veillant, tant l'inquiétude et l'angoisse qu'ils vivent souvent aggravent leur état clinique global. Les soignantes de bonne volonté – qui sont majorité - partagent ces principes, s'efforcent à une approche humaine et relationnelle avec ces personnes, et se relaient quand une soignante se sent dépassée par une situation. La prise en soins des psychotiques doit être collective. Les psychotiques sont sur un registre psychique multi référentiel, et la clinique appropriée est plurielle. Mieux : transdisciplinaire, ça évite l'enfermement dans un seul registre, cela autorise une certaine respiration. Néanmoins, ces principes qui relèvent tant du bon sens humain que de la psychiatrie humaine (et qui n'a rien à voir avec le DSM-V), ne sauraient être suffisants pour une prise en soins de qualité.

22/09/2014 : La psychose, c'est compliqué, c'est insolite, et ça véhicule beaucoup de représentations fantasmées, c'est un ailleurs, la bonne volonté ne suffit pas, et il n'y a pas de science infuse ; mais il ne saurait y avoir des solutions scientifiques et/ou hygiénistes toutes faites, face à la complexité de certains sujets délirants. Tout au long de l'année, nous avons parlé de cette population psy de plus en plus importante, et à chaque fois, cette question de la formation a émergé ; et plus particulièrement peut être à l'EHPAD des Airelles (30 % de pys sur 85 résidents, d'après les soignantes, et confirmé par la cadre de santé) qui absorbe les flux venant de l'EPSM.

Si je partage cette volonté d'outillage, car il est bon de comprendre un peu ce que l'on fait et avec qui (se repérer dans la nosographie, la clinique psychopathologique, les traitements...) ;

³⁴ J. Lacan, Séminaire III sur « Les psychoses », Le Seuil, 1981.

car avec les psychotiques, il faut quand même savoir à qui l'on s'adresse, on ne parle pas à un mélancolique comme à un schizophrène, une formation basique permettrait déjà de se repérer un peu. Cependant, il me semble que la prise en soin de ces résidents passe par une réflexion collective nécessaire sur l'environnement, et sur l'institution, d'une façon plus globale. Le psychotique – surtout vieillissant – se sent la plupart du temps agressé par le contexte concentrationnaire, il aurait besoin d'espaces, d'une diversité de lieux, de possibilités de circulation, et d'endroits contenant, calmes, le mettant à l'abri d'excitations nuisibles, parasitant sa psyché, voire le terrorisant. Les équipements actuels sont inadaptés à la prise en compte d'une telle population, et cette population ne pourra qu'augmenter d'année en année, tant la politique de la santé mentale est indigente, car pervertie par l'obsession gestionnaire, au détriment du (bon) sens. Comme le disait Oury, ce n'est pas en supprimant des lits que l'on va soigner les gens.

La vie en EHPAD, c'est une situation imposée – très rarement choisie - et par essence coercitive, où sont concentrées de nombreuses pathologies. La cohabitation entre résidents est parfois vécue sur un mode violent et persécutant, les soignantes ne manquent pas d'anecdotes sur certaines situations explosives pouvant virer à la folie collective. Il faut aller faire un tour au premier étage de l'établissement, ça en vaut la peine ! Dépaysement garanti ! Un résident-Alzheimer et un résident-schizophrène, ça ne s'accorde pas forcément sur le « vivre ensemble », ils ne sont pas dans le même paysage, et l'on baigne souvent dans une ambiance très surréaliste de Cour des miracles ...entre Dali et Buñuel, ça, c'est de l'hétérogénéité !

17/10/2014 : Maintes situations cliniques sont vécues et relatées le plus souvent avec une sensation d'impuissance, voire de culpabilité, générées par la frustration de ne pouvoir prendre plus de temps dans la prise en soins, d'essayer de décrypter la demande du résident, de l'apaiser dans son angoisse, de prendre tout simplement le temps pour lui prendre la main, de lui parler doucement. En effet, comment interpréter la demande lorsque l'énonciation est inexplicite, c'est-à-dire symbolisée à minima ?

19/10/2014 : Il y a le cas de Monique, elle a 80 ans, et nous parlons souvent d'elle en supervision : elle fait quotidiennement et des heures durant, irruption dans le réel mortifère tempéré par l'ennui généralisé ; la plupart du temps par l'émission de cris, et parfois par un signifiant unique, signalant un débordement de l'angoisse, celle-ci pouvant mener à une

attaque de panique, qu'il faudrait pouvoir accompagner et contenir: « **Sssskkkooooour !!!** », ou parfois : « **Aaaaalaaaiiide !!!** », ou encore : « **aidéèèemoaaaah !!!** » ...des cris pouvant se transformer en hurlements, je peux en témoigner, elle sonorise les trois niveaux de la maison.

Monique est résidente de l'EHPAD depuis une bonne décennie. Elle a un fils qu'elle voit régulièrement mais peu fréquemment, il habite loin, et nous pouvons nous questionner sur l'impact de ces rares visites, de ces rencontres avec une mère délirante et dégradée. Elle souffre depuis longtemps d'un syndrome anxiodépressif avec des pics de crise mélancolique où elle se replie sur elle-même, pleure pendant des heures, refusant de se lever et de s'alimenter. Son état est rétif à la psychopharmacologie, au point qu'il fut même envisagé des séances de sismothérapie à l'hôpital du Vinatier, afin de la faire sortir de sa torpeur mélancolique qui durait depuis deux mois, mais ce projet thérapeutique fut ensuite abandonné. Monique est hospitalisée régulièrement à l'EPSM, ces séjours là-bas procurant un peu de repos aux autres résidents, très perturbés et exaspérés par les cris de Monique. Cela permet aussi aux soignantes de « souffler » un peu, de mettre un point d'arrêt momentanée à cette prise en charge très lourde.

Car, quand Monique est là, nul ne peut l'ignorer tant elle crie, à jets continus, lancinants, répétitifs. Elle ne s'apaise que quelques heures par nuit, ou encore lorsqu'une soignante peut prendre le temps de s'asseoir à ses côtés, et de lui parler. Là, elle cesse de crier, elle s'empare de la main, cet étayage symbolique maternel, elle la serre avec avidité, il faut souvent lui dire qu'elle fait mal, qu'elle serre trop fort. Dans ces brefs moments, Monique est mutique, ou elle répond aux interlocutions par des phonèmes, des monosyllabes, des sons in-signifiants, qui ne représentent en rien le sujet.

D'après l'antenne mobile de gérontopsychiatrie, elle serait atteinte à la fois de dégénérescence neurologique, et de dépression unipolaire de type mélancolique, avec des épisodes mixtes, très confus pour elle et pour tout le monde. En outre, et comme pour beaucoup de personnes âgées en fin de vie, l'actuel et l'infantile se télescopent dans la synchronie, ce passé-présent, ce temps de l'inconscient. Monique réclame souvent la présence de sa mère, ou demande à quelle heure est son autobus pour aller à l'école. Les soignantes se sentent impuissantes et ne comprennent pas la demande, elle est peu explicite, et elle nécessite veillance et disponibilité. Les cris évoquent un S1, c'est-à-dire un signifiant tout seul, n'ayant

plus, ou presque plus une certaine portée de sens, ou d'interprétation possible, un S1 tout seul qui ne s'accouple pas à un S2, un signifiant sans chaîne signifiante, il n'y a pas de signifié, et ce que le sujet dit ne le représente pas, c'est incompréhensible. C'est ce que Lacan appelait l'inconscient réel, celui qui résiste à la production d'une vérité, fut-elle variable, qui empêche le déploiement de sens ; un inconscient réel à distinguer de l'inconscient transférentiel, lorsque celui qu'incarne, du moins au début, le sujet-supposé savoir (SsS) incite, sans en avoir l'air, l'analysant à déployer des signifiants provenant de son inconscient, et faisant au bout du compte, vérité du sujet, à la rencontre de son désir. Mais cet aparté psychanalytique renvoie à cette importante question de la demande, cette demande qui s'intercale entre besoin et désir ; mais il s'agit d'une demande improbable, irreprésentable, insymbolisable.

Alors, quelle est la demande de cette résidente qui pose problème à l'institution, cette vieille dame hétéronome, telle l'infans qu'elle était à l'autre bout de sa vie ? Que demande t'elle, par-delà l'indicible et ce qui est souvent perçu comme inaudible ? Comment faire pour susciter un nécessaire dévoilement ? Serait-ce une ultime demande d'amour adressée à l'Autre, et à l'autre ? Un « aimez-moi car si vous saviez comme j'ai si peur de la mort », expression finale d'un désir d'amour toujours insatisfait ? Cette angoisse de la mort est omniprésente dans ces établissements. C'est palpable. Serait-elle la prise de conscience traumatique que l'aventure de la vie s'arrête ici ? Et qu'il n'y a aucune issue, aucune échappatoire, le sujet est pris dans la nasse, et avec les quelques autres, ça fonctionne en miroir, cette relation à l'autre, ce n'est pas très beau, ça n'a rien à voir avec l'assomption jubilatoire, et ça évoque encore la mort. Les personnes très âgées détestent leur image, elles évitent les miroirs, parfois, elles se détestent entre-elles à cause de la détestation de l'image des semblables, les alter égos vieillissants.

La mort. Il est vrai qu'à partir d'un certain âge, on ne pense plus qu'à « ça », et ce « ça », ce n'est plus la pulsion libidinale (Eros), mais la pulsion de mort (Thanatos), et son obsédante représentation effrayante, incarnée par le cadavre.

L'idée de la proximité de la mort peut en effet devenir obsessionnelle, voire délirante, et on peut dire que cette proximité avec la morbidité « plombe » l'ambiance. L'horreur et l'angoisse induisent sur l'état psychosomatique des résidents, et cela rend compte de ces symptômes. Les mots ne trouvent plus leur place, on est de plus en plus hors symbolisation, et

l'angoisse paroxystique fait hurler, ou rend mutique, c'est selon. C'est singulier, c'est déstabilisant. Oui, ces résidents déstabilisent les institutions parce qu'ils préfigurent la folie et la mort, et leur survie qui peut durer des années, prouve qu'une certaine vie est possible dans la déraison. Il faut savoir l'accueillir, s'en donner les moyens, à défaut de guérir, il est possible d'accompagner, d'accueillir. Si la raison constituait comme un cordon sanitaire contre l'idée de la mort, en la refoulant, il serait alors possible pour certains sujets, de lâcher prise en vivant sans elle, comme si elle n'avait pas de réalité, tout en renonçant à cette même raison, la tentation doit être forte de se réfugier dans la folie. En régressant vers le Moi-idéal de l'enfant, par exemple, et la situation d'hétéronomie qui en est le principal vecteur, accélère cette régression. La dépendance fait régresser, le sujet passe insidieusement et en quelques mois, de l'autonomie à l'hétéronomie, et qu'on le veuille ou non, les institutions d'accueil des personnes âgées pathologisent les sujets, les font vieillir plus vite. Alors, beaucoup de résidents auront des exigences démesurées, manifestations de la toute-puissance que donne le statut de résident, attendant tout des bonnes mères idéales que sont les soignantes très dévouées...des mères idéalement bonnes et apaisantes, ou parfois vécues comme persécutrices. Cela évoque un retour à l'infantile, comme si le sujet « bouclait » sa trajectoire de vie. Par conséquent, lorsque l'on veut dépasser les approches sanitaires et hygiénistes et que l'on désire travailler en humanité – ce signifiant évoque la psychothérapie institutionnelle - il n'y a pas besoin d'être un grand clerc de la psychiatrie ou de la psychanalyse pour comprendre la nécessité de pouvoir consacrer du temps à ces résidents, car le risque d'isolement psychosocial est sans doute encore plus grand pour les psychotiques, ces « enfermés dehors », que pour l'ensemble des personnes âgées, alors que la socialisation et les relations à l'autre sont les piliers d'une évolution positive, ou du moins viable pour tout le monde. Il faut cohabiter dans ces espaces collectifs, supporter en groupe le spectacle permanent et interactif de la fin de vie, ce qui n'est guère narcissisant, il faut bien en convenir.

Il me semble qu'outre un autre aménagement de l'espace et plus de crédit de temps à accorder à ces résidents, ce serait peut-être une bonne idée d'intégrer dans les équipes des infirmier(e)s et des AS expérimentés et issus du secteur psychiatrique ; et de travailler en partenariat avec l'équipe mobile de gérontopsychiatrie. Ces professionnels pourraient transmettre leurs savoirs et savoir-faire à des soignantes animées d'une bonne volonté, mais souvent dépassées par l'étrange étrangeté de l'autre.

VI- Face à la violence, garder la posture.

6.1 La père-version institutionnelle.

Dès le départ, je l'ai écrit précédemment, je me suis senti - et à juste titre- instrumentalisé, mais lorsque l'on en est conscient, ça change toute la donne, j'ai donc usé de duplicité vis-à-vis des commanditaires, une posture de gymnastique, telle que « le grand écart » en serait une bonne illustration ; un grand écart entre la demande diversifiée des équipes et la commande normée de l'établissement. En outre, et il faut le souligner, si l'analyse dite des pratiques est à la mode, il s'agit d'un « fourre-tout » où pas grand monde ne sait de quoi il en retourne, j'ai été confronté dès le départ à cette ignorance et cette confusion, à des représentations imaginaires sur ma place, tant des commanditaires, que des bénéficiaires.

Mais le loup était dans la bergerie avec ses oreilles instituant. Il y restera deux ans, ce qui est un peu court...mais pas si mal, pour un loup des steppes !

Ainsi, une pratique de parole peut être instrumentalisée comme une technique, afin de mieux connaître les dysfonctionnements dans les structures. Ne devais-je pas « faire remonter » un écrit, attendu comme une objectivation des difficultés éprouvées³⁵ ? Imaginez un peu les difficultés de ma posture, dans cette écriture, caractérisée par la volonté éthique de soutenir la parole des soignantes, donc de ne pas ménager l'établi institué ; tout en gardant à l'esprit que le destinataire, c'est le commanditaire, c'est-à-dire le même qui me fait des virements mensuels de 2000 euros ! Mais je ne sais pas pratiquer la langue de bois, et ce n'est pas maintenant que je changerai. Ainsi, mon premier « rendu-écrit » suscita des réactions très contrastées, et sans nul doute, j'en ai subi les contrecoups, en perdant au bout du premier semestre, la supervision de l'EHPAD des Alpes, établissement en pleine crise, avec un record d'absentéisme et de turn-over, le lieu où les soignantes avaient le plus besoin de supervision.

J'ai démarré cette mission dans une ambiance d'état d'urgence, le CHALPES voulait que je commence le plus tôt possible, elle devait voir en moi « le bon pompier de service », autre modalité du Sujet-Supposé-Savoir. Ainsi, face à la souffrance au travail qui se manifeste de plus en plus, le CHALPES délègue « un psy » qui ouvrira des espaces du dire destinés à tempérer les conflits, à les élucider par la méthode des cas, à apaiser les tensions et les

³⁵ Ce que je faisais surtout « remonter », c'était de la parole brute, celle des soignantes, tout en préservant l'anonymat.

angoisses, dans la perspective d'améliorer le fonctionnement (et j'entends là l'efficacité et la rentabilité), et de minimiser les risques psychosociaux. Dans cette représentation-but, la supervision est détournée de son éthique, amputée du désir qui se soutient d'une parole instituante et libre, permettant un renouveau dans le travail, voire un renouvellement de l'institution, par le processus dialectique de l'institutionnalisation : la supervision régénère l'institution.

Supervision et violence institutionnelle, tel est le titre de cet écrit. La violence institutionnelle, il faut la définir, et dans cette histoire (car il s'agit bien d'une histoire, d'une tranche de vie...), elle se déploie sur trois niveaux :

A l'égard des personnes âgées dépendantes et en fin de vie.

A l'égard des soignantes, surexploitées.

A l'égard, au bout du compte, du superviseur qui a accepté cette « place d'exception ».

D'où s'origine-t-elle ? Du Ministère de la Santé Publique et ses experts, purs produits formatés de l'Ecole Nationale de la Santé de Rennes, technocrates lisses et froids, qui ne connaissent rien au terrain ; de la Haute Autorité de Santé et de ses recommandations de bonnes pratiques, relayées par les cadres sup (les chiens de garde) du CHALPES, et, en bout de chaîne instituée, les cadres de santé sur le terrain, pris – eux – entre marteau et enclume, vivant parfois des conflits de rôle douloureux, et devant supporter un volume horaire de travail aberrant.

D'ordinaire, lorsque la violence est évoquée, il s'agit le plus souvent d'une violence physique, agie, se montrant avec éclat, faisant trauma et irruption dans le réel. Dans notre cas, il s'agit d'une violence beaucoup plus insidieuse, inquiétante, qui se montre et s'exprime selon d'autres vecteurs. Il s'agit d'une violence silencieuse, celle qui ignore l'autre, et qui reste sourd ou aveugle à ses demandes. C'est ainsi que la direction du CHALPES agit envers ses salariés, il s'agit d'une véritable entreprise de déni, de négation, et les soignantes subissent de plein-fouet cette surdité à leur demande, laquelle pourrait être déclinée ainsi :

« L'embauche dans chaque établissement d'au moins trois agents, afin d'améliorer les conditions d'exercice de ces professions de l'aide ».

Elles ne demandent rien pour elles, elles veulent seulement pouvoir faire leur travail !

La non-prise en compte de cette demande légitime est une violence silencieuse, une violence d'origine institutionnelle qui s'exerce à la fois sur soignants et soignés, car les mauvaises conditions de travail entraînent une mauvaise prise en soins des résidents âgés.

Mais qu'est-ce que la violence institutionnelle ? Pour définir la violence institutionnelle, il faut définir le terme « violence ». Son étymologie (racine : vis = force) nous renvoie à « l'usage de la force » dans des situations déterminées pour résoudre des difficultés ou des problèmes. A partir de cette définition, il y a une double dimension. La première considère la violence physique, verbale, le harcèlement moral... soit tout ce que sanctionne socialement le code pénal.

La seconde prolonge la première : il s'agit de préjugés plus discrets, occultes, de violences « d'attitudes », qui ont lieu dans les institutions. Les attitudes de mépris, le choix d'un bouc-émissaire, le refus de la parole, la mise « au placard », l'évitement, le mutisme, le clivage, le favoritisme, l'esprit de délation, la rumeur...font partie de ces violences visibles et invisibles, et autres toxines institutionnelles qui ne sautent pas d'emblée aux yeux.

Mais en deux ans, j'ai beaucoup appris, ce sont « les avantages en nature » que perçoit de surcroît le superviseur : il continue à apprendre ; et c'est peut-être ce qui me motive à continuer encore quelques années dans cette fonction, même avec peu de groupes. Et puis, il ne faut pas être dans le repli, même si c'est parfois tentant de vivre une solitude habitée, à l'écart du social. Il faut transmettre, essayer d'être encore utile, et surtout, ne pas perdre sa capacité d'enthousiasme.

Quant à la violence institutionnelle, je la connais, je l'ai vécu comme salarié, et je la définis comme de l'abus de pouvoir, sous toutes ses formes et en tous lieux, un abus qui nuit à l'intégrité psychique des personnes. La violence institutionnelle agit dans une zone d'irrespect, dans laquelle la violence radicale se montre par le silence, lorsque les tentatives pour parler, se faire comprendre, faire signe à autrui, ne rencontrent aucun écho. Ainsi, au sein de ces trois EHPAD, les sujets (soignants) étaient en danger : risques de dépression, de décompensation, de suicide, d'effondrement. En cette matière, le taux d'absentéisme fait figure d'analyseur des effets de cette violence. Et je l'ai pris de plein-fouet.

Les institutions peuvent être violentes à partir du moment où des dysfonctionnements majeurs apparaissent. Bien sûr, la taille de l'institution va jouer. Plus elle sera grande et anonyme, plus les risques seront majeurs. Il faut savoir que le CHALPES

est un monstre bureaucratique qui regroupe 1500 salariés. Les trois EHPAD fonctionnent sous son contrôle, et c'est le CHALPES qui budgétise, qui détermine les moyens financiers, humains et matériels, qui assujettit les trois équipes de travail.

En m'inspirant des travaux de Stanislas Tomckiewicz³⁶ (psychiatre), je dresserai un portrait-type de l'institution violente : Elle pourra être autoritaire et charismatique, le réseau de communication interne y sera restreint et il y aura peu de concertation, mais les personnels pourront parfois s'y trouver bien, car il peut y avoir du plaisir – une forme de masochisme moral – à vivre cette condition aliénée. C'est aussi une institution fermée, où il n'y a pas beaucoup de transparence, pas d'accès à la vie de l'institution. En général, il y a un mythe fondateur, ou une théorie de référence institutionnalisée, qui est dominante et figée, voire totalitaire. Enfin, c'est une institution qui fonctionne d'abord pour elle-même, afin de maintenir son objet. C'est l'institution totale.

Elle oublie « l'utilisateur », qui est objectalisé, et qui devient un a-sujet, c'est-à-dire quelqu'un d'assujéti à l'institution médico-sociale³⁷, et cette dernière perd alors le sens même du travail ; ce qui rend d'une éclatante actualité la question récurrente de Jean Oury : « Qu'est-ce que je fous là ? ». Se faisant, le Dr Oury questionne le désir, et c'est au superviseur de susciter cette question, de la transmettre ; quant à moi, je me suis posé cette question pendant deux ans, à chaque début de session.

Je distinguerai trois types d'institutions et nous retrouvons cette typologie dans nos trois EHPAD : Les premières, comme aux Airelles, sont normalement névrosées, où certaines soignantes vont bien, d'autres plus mal ; mais où les conflits et la parole ont cours ; où la hiérarchie est claire, repérée, discutante. Les conflits sont gérés, identifiés et parlés. Il y a de la circulation, les salariés peuvent respirer et s'arrimer sur le collectif, il y a de l'entraide et de la transmission transgénérationnelle : les « anciennes » apprennent le métier aux « jeunes ».

Les secondes sont anormalement névrosées, par leurs responsables, la plupart du temps, se débattant entre le contrôle et l'emprise, sans ligne de conduite ni projet, s'attachant à personnaliser les réussites et les erreurs, encourageant l'individualisme, à l'écart du collectif et du mouvement commun. Cela évoque l'EHPAD des Gentianes avec

³⁶ S. Tomckiewicz, « L'adolescence volée », Calman Levy 1999.

³⁷ J'ai failli écrire « médico-légale » !

son lourd refoulé institutionnel, ses réflexes communautaires, ses clivages, et surtout, son absence totale d'esprit d'équipe.

Les dernières sont des institutions à structure psychotique : l'exclusion, la victimation, sont des épisodes attendus ou craints, mais prévisibles. Il n'y a pas de repère conducteur dans la vie institutionnelle, la parole ne circule pas, tout est verrouillé, certains évènements sont forclos. Toute déstructuration de l'institution touche au psychisme du collectif qui y travaille. Si les effets de pouvoir prennent le dessus, il règne une angoisse diffuse qui peut engendrer des passages à l'acte, l'ambiance est à la violence, l'autre est vécu comme Autre persécuteur, les solutions trouvées sont individuelles, dans le repli sur soi et l'évitement.

Cela se traduira par des comportements répétitifs morbides qui s'inscriront dans la durée. Le manque de repères des rôles et des statuts au sein de l'institution et l'existence de jeux d'influence et de pouvoir sont aussi de bons indicateurs. C'est ce que j'ai rencontré pendant un semestre, à l'EHPAD des Alpes, et je peux dire que je ne me suis jamais ennuyé !

Mais la cadre de santé se prenait pour un grand Autre tout puissant ³⁸!

Et malgré l'état neuf des lieux, il émanait de cet établissement une accablante impression de tristesse qui saisissait les visiteurs dès l'entrée, et le plus surprenant était le silence qui y régnait.

Pour échapper au mortifère des lieux, il y avait un absentéisme important, ainsi qu'un fort taux de rotation du personnel. Certaines soignantes restaient une journée et ne revenaient pas, et cela dans un contexte de chômage.

Toute institution a tendance à se refermer sur son fonctionnement et à créer de la violence. La mise en place de séances de supervision peut être salvatrice, à condition de savoir s'y prendre en amont, et surtout de ne pas imposer ces séances comme obligatoires. Pour que cela fonctionne, je crois beaucoup au principe de libre adhésion.

³⁸ Elle n'a pas du tout apprécié mon « retour » tant oral qu'écrit, à la fin de la première année, je me suis vu octroyer la place du méchant agresseur, et j'ai perdu de ce fait les six groupes de cet EHPAD pour l'année suivante...mais je reconnais ne pas l'avoir beaucoup ménagée, et je ne regrette rien. Encore une fois : « Qu'est-ce que je fous là ? »

Ainsi, sous couvert d'analyse des pratiques, le CHALPES m'indique dès le départ deux axes de travail :

- Permettre une amélioration des relations entre professionnelles.
- Favoriser, à terme, l'amélioration de la prise en charge des usagers.

Une vraie feuille de route, vous dis-je !

Revenons-en à l'intitulé du chapitre, il y a deux signifiants, la violence et la perversion, et il faut s'en expliquer. Il est remarquable que l'union sacrée entre bureaucratie et pouvoir pervers en fait un mariage idéal. Les bureaucrates et technocrates au sommet de ces établissements se réfèrent à la conviction que la rationalité, le management, la gestion, la technologie et les sciences assureront un jour le bonheur à tous : rien ne saurait être manquant. Nous devrions passer d'une société fondée sur la castration, l'interdit, le manque et l'ordre symbolique – ce qui fait *processus civilisateur*³⁹, à une société sans manque, fondée sur le plus de jouir (et la plus-value !) à consommer, avec une infinité de semblants d'objet @ à disposition, afin de boucher les trous.⁴⁰

Cela nous renvoie au cinquième discours de Lacan, le Discours du capitalisme, symbolisé ainsi par ce mathème, se différenciant du Discours du maître par l'inversion entre l'agent et la vérité :

AGENT	AUTRE
S barré	S2
VERITE	PRODUIT
S1	@

³⁹ Norbert Elias, « Qu'est-ce que la sociologie ? », Editions de l'Aube 1991.

⁴⁰ Lire à ce propos l'excellent recueil de dialogues entre Jean Pierre Lebrun et Charles Melman : « L'homme sans gravité », Denoël 2002.

« Une toute petite inversion simplement entre le S1 et le S barré, qui est le sujet...ça suffit à ce que ça marche comme sur des roulettes, ça ne peut pas marcher mieux, mais justement ça marche trop vite, ça se consomme, ça se consomme si bien que ça se consume. »⁴¹

Comme l'écrivait Joseph Rouzel en 2011 : *« Cette inversion évidemment n'est pas sans conséquences sur la nature du lien social, à la fois sur la façon pour chaque sujet de s'y articuler, comme pour celle pour les sujets de tenir ensemble dans des collectifs, des groupes, des nations ».*⁴²

Le Discours de la Science qui prétend à une maîtrise sur la nature, veut l'étendre sur le social et sur ce qui est l'homme. Cette volonté d'instrumentalisation se développe par la promotion du management, par la gestion des ressources humaines, voire du comportementalisme. Une anecdote – qui n'est pas seulement anecdotique – lorsque j'avais commencé à travailler, c'était en 1972, et j'avais eu affaire à un directeur du personnel, donc le directeur des personnes humaines de l'entreprise, le chef légitime. Depuis les années 90, il y a le DRH, qui dirige des ressources – telles des marchandises – et le signifiant « humaines », cerise sur le gâteau, tente comme à regret, d'humaniser le reste.

Dans un gros Comité d'entreprise dans lequel j'ai travaillé durant quinze ans, j'ai connu, dans les années 90, l'avènement du premier DRH, remplaçant le directeur du personnel parti en retraite : il avait comme contrat d'objectif de licencier – en moins de deux ans - 80 salariés sur les 350 en place. La rentabilité, l'efficience, l'efficacité et la productivité sont les signifiants maîtres des technocrates qui dirigent les établissements hospitaliers. Au cours de ces deux ans, j'ai même rencontré les formes d'un néo-taylorisme : aux Aïrelles, un évaluateur externe avait chronométré le temps imparti pour nettoyer une chambre, pour balayer un couloir, pour prodiguer des soins d'hygiène.

Ainsi, tout doit être quantifié, évalué, mesuré, rationalisé, et cette contamination gestionnaire ira jusqu'à pervertir le travail de la psychologue, passant l'essentiel de son mi-

⁴¹ Jacques Lacan, « Du discours psychanalytique », conférence de Milan, 12 mai 1972.

⁴² Joseph Rouzel, « Il n'y a que ça, le lien social », article paru en langue germanique, dans la revue RISS, en 2011.

temps, à pratiquer des tests psychotechniques sur les personnes âgées, afin de déterminer leur degré de dépendance afin de remplir les grilles du G.I.R.⁴³ (groupes iso-ressources).

Pendant que l'on s'applique à remplir ces petites cases, on ne se soucie pas de l'ambiance plombée par la misère morale qui envahit tout l'établissement. Ainsi, c'est la fonction organisationnelle, logistique, qui prendra toute l'énergie, au détriment de l'humain. Dans cette obsession gestionnaire, il n'y a pas de place pour le sujet, qu'il soit soignant ou résident. Nous retrouvons là l'alliance de la technocratie et de la perversion, le sujet n'a pas la parole, et s'il occupe une place, ce sera celle que le pouvoir lui aura assigné. Dans la perversion, il y a le déni de l'autre, on parle pour lui, on sait ce dont il a besoin, on désire à sa place. Les sujets sont objectalisés.

En outre, ce pouvoir pervers se drape le plus souvent des atours de la respectabilité et de la raison. Le pouvoir (imaginaire) connaît le souverain bien, ce qui est bon pour l'autre. Comme l'écrit Gilles Vidal : « *La logique perverse que l'on peut trouver à l'œuvre dans les organisations technocratiques est une logique du plein, de la totalité qui nie le manque. Ce sont des organisations qui manquent de manque, et la parole pourrait venir y faire une brèche. D'où cette perpétuelle recherche de la maîtrise* »⁴⁴

Dans ce système érigé en modèle, la personne humaine est réduite aux besoins physiologiques, mais le désir et la subjectivité sont ignorés. Dans un EHPAD, on soigne, on fait la toilette, on donne à manger, on couche ; c'est la réponse en plein, mais ces ponctuations routinières qui font la journée ne changeront rien à l'ambiance de morbidité et d'ennui. Les personnes âgées ne se réduisent pas à des tubes digestifs. A contrario, tout ce qui se montrera dans son désordre (l'angoisse, le désir et la peur de la mort) sera voué au silence de l'oubli. Le pouvoir pervers des technocrates ne s'intéresse qu'aux besoins élémentaires.

Dans ces systèmes, soignants et résidents sont pris dans la même nasse, l'inertie, l'ennui et la morosité s'installent, et se sédimentent au sein d'une communauté aliénée d'assujettis au système.

⁴³ Les GIR s'échelonnent de 1 à 6, de l'hétéronomie à l'autonomie. Le GIR 1 regroupe les résidents confinés au lit ou au fauteuil, et dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent la présence continue des soignantes. Le GIR 6 désigne les résidents ayant totalement conservé leur autonomie dans les actes de la vie courante.

⁴⁴ Gilles Vidal, « Négation de l'autre et violence institutionnelle », ERES 2004.

D'où l'intérêt de la supervision, lorsqu'elle peut s'exercer dans le respect d'une éthique, sans être inféodée à ce système d'oppression.

En tous cas, et à contre-courant, j'aurais essayé...de garder la posture.

6.2 La posture du superviseur.

Pendant ces deux années qui furent très formatrices⁴⁵, j'ai été pris par des forces antagonistes et des représentations imaginaires inconciliables du Sujet-supposé-savoir que j'incarnais :

Le père bienveillant qui soutient les soignantes et obtiendra des améliorations dans l'exercice de leur travail, c'est le transfert versus « soignantes ».

L'homme providentiel, « pompier de service », qui, de par sa technicité et son expérience des groupes et du social, pourra apaiser les tensions, rendre moins audible la plainte, voire accompagner des mesures de réorganisation du travail, c'est-à-dire le transfert versus « institué ».

Il s'agit bien dans un cas comme dans l'autre de représentations imaginaires, fantasmatiques, élaborées dans le préconscient des sujets, et qui n'ont rien à voir avec l'éthique de la supervision. Bien sûr, il y avait en butée mon désir de superviseur, et cette mauvaise conscience qui me minait, lorsque je ne parvenais pas à sortir les soignantes de la plainte, au détriment du cadre que je proposais aux groupes. En effet, et dans le meilleur des cas, il y avait une narration initiale (l'instant de voir – le Réel-), puis un amorçage des retours individuels (l'instant de comprendre – l'Imaginaire -), et puis...ça « dérapait » très vite dans la phase de conversation (l'instant de conclure – le Symbolique -), et c'est là, pour corriger les effets de ce débordement que je m'efforçais – à minima – à ce que chaque participante puisse s'exprimer. J'avais aussi une fonction modératrice, je reformulais les énonciations, et parfois, j'interprétais ; mais pas trop vite, les soignantes ont un savoir insu (S 2), un savoir expérientiel souvent très riche, et je ne voulais pas répondre trop vite à leurs questionnements, car elles ont souvent elles-mêmes les réponses, même si elles ont « le nez dans le guidon », c'est-à-dire dans l'encombrement psychique qui les embrouille.

J'ai eu souvent la sensation d'être au cœur d'une pratique de « bavardage », le groupe de supervision ne se réduisait plus qu'à être un groupe de parole, ça dérivait parfois en « café

⁴⁵ J'ai animé 155 groupes de supervision durant ces deux semestres (2013 et 2014).

du commerce » ; cependant comme le disait Lacan, aucun bavardage n'est sans conséquence, et si l'on ne parle jamais pour ne rien dire, on peut parfois parler pour ne pas dire, je l'ai constaté. Certaines soignantes – souvent les plus jeunes - parlaient des sessions comme d'un « défouloir », ce que je pouvais admettre, à condition que le dit défouloir – c'est-à-dire la jouissance de la parole libérée - puisse être bordé par le superviseur qui, et qu'il le veuille ou non, incarne la Loi (symbolique) et le Nom du Père ; non pas un père de la horde tout puissant, mais un père qui connaît la castration, conscient des limites.

Alors, oui. J'ai eu souvent des difficultés à maintenir le cadre, il frustrait les soignantes dans leur expression de la plainte. Mais de la plainte – légitime – il fallait bien sortir et s'élever au-dessus de la condition aliénée. Comme le disait Joseph Rouzel le 5 juin 2015, lors de notre premier regroupement : « *S'il n'y a pas de cadre, très vite on ne peut plus s'encadrer !* »

Et puis, il y avait mon désir, il n'était pas d'analyser les pratiques, selon l'appellation (trop et mal) contrôlée des commanditaires. Je voulais que l'on parle du ressenti, du pathique, de l'émotionnel, c'est-à-dire du transfert que vit chaque soignante dans cette relation à l'autre vieillissant et hétéronome. Je sais aussi ce que je ne voulais pas, à savoir être la courroie de transmission entre la Direction du CHALPES et les soignantes. Je refusais cette instrumentalisation bipartite, ce qui comptait pour moi était le travail de parole, c'est-à-dire la supervision dans l'ici et maintenant, sans représentation-but.

Très vite, j'ai récusé cette appellation d'analyse des pratiques, je la trouvais réductrice, car il ne s'agit pas que de ça. Il serait plus exact de proposer : analyse des affects dans la pratique professionnelle. Ce qui compte est l'analyse du transfert dans cette même pratique, dans quoi les soignantes sont prises, et ce qu'elles en font. Je suis complètement d'accord avec Claude Allione lorsqu'il propose trois modalités distinctes du travail de superviseur : la supervision clinique, la régulation d'équipe, et l'analyse institutionnelle.

De plus, derrière cette appellation mal contrôlée d'AP, il y a une volonté normative : analyser les bonnes pratiques, les distinguer des mauvaises, comme on sépare le bon grain de l'ivraie ? On est là du côté du Moi idéal, des bonnes pratiques dans l'institution idéale, c'est-à-dire dans l'imaginaire. Comme l'écrivait Claude Allione en 2014 : « *D'ailleurs, dire : l'analyse des pratiques, ne revient-il pas à réduire ce travail à l'analyse de la seule supposée pratique ? Et que serait le champ de la seule et stricte pratique dans un domaine où notre outil principal est et demeure la parole et son pendant, le transfert ? Ne faut-il pas voir dans cette tournure*

sémantique la volonté d'écartier la parole au profit des protocoles, des conduites-à-tenir, et autres actions concrètes, c'est-à-dire toutes les choses qui ont prolétarisé notre action ? »⁴⁶

Comme le disait Freud, il ne faut rien lâcher sur les mots ; ainsi, à l'issue de cette formation, je ne peux plus supporter ce label standardisé d'APP qui semble privilégié par les directions d'établissements. Je préfère de loin celui de supervision (et de superviseur), à condition de l'expliquer, car ce signifiant, même s'il est le plus adéquat, demeure problématique. Le superviseur n'est pas supérieur aux supervisés, il n'a pas une vision en surplomb, mais il doit permettre aux participants de prendre de la hauteur (c'est le sens de *super videre*) en collectif, afin d'y voir un peu plus clair dans les situations sociales. Le superviseur doit permettre aux sujets des groupes de s'élever au-dessus des lieux communs, des tautologies, et au-dessus des « *quelque part ça m'interpelle* ».

A l'issue de ces deux années, je me suis demandé ce que ce travail avait modifié dans les équipes, c'est difficilement évaluable. Assurément, si les salariées se parlent plus qu'avant, la souffrance au travail demeure, et ce n'est pas le superviseur – aussi talentueux soit-il – qui pourra modifier le réel. Il pourra, par contre, participer d'une meilleure conscientisation de la réalité. Les soignantes ont compris, dans le mouvement de chute du sujet-supposé-savoir, que j'étais dans l'incapacité à boucher les trous et autres béances du manque-à-être qu'elles connaissaient. Quant à moi, acceptant cette impuissance, si je ne bouchais pas les trous, j'ai essayé de m'employer à les déboucher, ce qui renvoie encore à la métaphore de l'ouvrier d'entretien de l'outil de travail. Je suis parvenu à ce qu'elles comprennent que je n'étais pas celui qu'elles croyaient imaginativement, que j'étais manquant. En outre, et si le manque venait à manquer, il n'y aurait plus la même nécessité de parole.

Les praxis fondées sur la parole, telles que la psychanalyse et la supervision se construisent sur cette constatation du manque, il n'est de parole que dans le manque, et on aura beau parler, ça ne sera jamais ça... comme quoi les *parlêtres* sont des êtres de l'incomplétude, les chats et les chiens ne connaissent pas leur bonheur !

En outre, il m'a été difficile de faire sortir les soignantes de la plainte, et en 2014, j'ai souvent entendu : « *A quoi ça sert, l'AP ? Notre parole ne sera jamais prise en compte !* »

⁴⁶ C. Allione, « les pouvoirs du superviseur » (déjà cité).

Cette question récurrente qui me fut souvent adressée – et c’est dans la réponse qu’il fallait user de pédagogie – entraînait en contradiction avec les remerciements que l’on me prodiguait généralement en fin de session. Un jour, voulant savoir, je leur ai demandé ce que recouvrait ce « merci », par-delà la bienséance et la politesse, qu’est ce qui était là remercié ? Unanimes, elles me répondirent que j’étais la seule personne qui les écoutait et qui soutenait leur parole, comme quoi le superviseur occupe une place d’exception.

Submergé par le mal-être et la plainte, je n’ai pas toujours pu respecter le cadre que j’avais déterminé, mais il me semble que j’ai sauvegardé une posture qui s’étaye d’une éthique : faire en sorte que les participantes parlent en leur nom propre, qu’elles privilégient le « je », au détriment du « nous » de l’illusion groupale (ou du « nous » institutionnel), c’est-à-dire qu’elles se positionnent en sujets. « *Wo es war, soll ich werden* »⁴⁷ ; cet énoncé freudien traduit par Lacan par « *Là où était le ça, le « je » doit advenir* », je le comprends comme une injonction à respecter une éthique qui autorise l’émergence du désir inconscient du sujet, c’est-à-dire une éthique qui est sur l’axe du symbolique (S/A), et non sur celui de l’imaginaire (a/a’)⁴⁸. D’où la formule célèbre de Lacan (parfois comprise de travers) : « *Ne pas céder sur son désir* »⁴⁹, qu’il faut comprendre en évitant le contre-sens qui consisterait à l’interpréter comme une injonction à la jouissance, car l’éthique de la supervision qui s’inspire de la psychanalyse, n’est pas d’appeler à « vivre sans temps mort, et jouir sans entraves »⁵⁰, mais elle se démarque de la perversion, là où justement le sujet cède sur son désir pour s’autoriser l’accès illimité au *plus de jouir*.

Grâce à cette éthique, le superviseur évitera la posture du pervers qui empêcherait les « supervisés » d’émerger comme sujets de leur désir inconscient. Il appartient dès lors à ces superviseurs de comprendre le sens de leur travail et de mesurer en quoi ils sont concernés par la posture de l’analyste élaborée par Jacques Lacan : ne pas dévoyer cette relation fondée sur la confiance et le transfert sur le sujet -supposé-savoir, refuser toute instrumentalisation de l’institué, se soutenir de la parole des supervisés ; et non de leur propre jouissance à exercer cette fonction.

⁴⁷ S. Freud, « Nouvelles conférences sur la psychanalyse », Folio 1989.

⁴⁸ Voir le schéma L de Lacan que l’on retrouve plusieurs fois dans son séminaire.

⁴⁹ « *Je propose que la seule chose dont on puisse être coupable, au moins dans la perspective analytique, c’est d’avoir cédé sur son désir* », J. Lacan, séminaire VII, « l’éthique de la psychanalyse », Le Seuil 1986, p 368.

⁵⁰ Vieux slogan soixante- huitard.

La supervision s'étaye d'une éthique du désir.

Enfin, si le superviseur n'est pas un soignant, la supervision relève quand même d'une fonction soignante, elle soigne l'institution, et sa fonction, me semble-t-il, est dans le droit-fil de la psychothérapie institutionnelle, inspirée par Tosquelles, Oury... et quelques autres.

Après quatre années d'exercice, je me pose toujours la question « ouryenne » : « qu'est-ce que je fous là ? », je me sens toujours dans l'imposture et l'illégitimité, et je trouve l'exercice de cette fonction difficile, inconfortable, solitaire.

Etre seul face à un groupe, ce n'est pas rien.

Les superviseurs rencontrent des travailleurs sociaux qui souffrent souvent de la rencontre (traumatique) avec des sujets souffrants, en déréliction. La supervision leur permet le transfert du transfert, le holding du holding (Winnicott). Dans ce holding du holding, le superviseur devra savoir soutenir (pallier à la fragilité), contenir (l'enveloppe et son contenant psychique), et maintenir en bon état, ce qui est la moindre des choses.

Et lui, qui le gardera en bon état ?

Dans l'idéal, il faudrait le holding du holding du holding...comme quoi le superviseur doit être supervisé, ce qui ne fut pas mon cas au cours de ces deux années, où je fus le réceptacle de la violence institutionnelle.

D'où une sensation de libération, lorsque tout cela prend fin.

6.3 Quand l'institué conclut.

Ma convention pour 2014 prenait fin en décembre. Je suis resté dans l'expectative jusqu'au 27 février, où j'ai reçu ce courrier émanant de la direction des EHPAD :

« Monsieur, je reviens vers vous au sujet du bilan de vos interventions en 2014 et 2013 auprès des équipes de nos EHPAD. Je vous remercie pour l'envoi de votre bilan que nous avons lu et analysé avec les cadres concernés, et Mme M., Cadre Supérieur de Santé du secteur.

Il en ressort que nous estimons nécessaire de faire une pause dans cette démarche, voire trouver d'autres modalités d'accompagnement des professionnels sur les sujets sensibles qu'ils ont abordés avec vous, au cours de ces deux années d'intervention. L'année 2013 avait été une année d'expression forte des difficultés et souffrances des individus que ce soit en

raison de leur travail ou des (absences de) relations avec leurs collègues. Nous ne sommes pas certains que les agents aient saisis le sens de l'APP, et le bilan que vous en faites en 2014 semble aller dans ce sens. Ils attendaient des améliorations concrètes et pratiques suite à l'expression de leurs difficultés, et certains ont exprimés un certain désarroi à ne rien voir venir.

C'est la raison pour laquelle nous ne souhaitons pas poursuivre cette démarche, du moins dans ce format. Nous réfléchissons en 2015 au mode d'accompagnement des individus et des équipes le plus adapté aux différentes situations, et aux projets et objectifs de chacun des établissements.

Je vous remercie pour votre accompagnement au cours de ces deux années, et vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

La Directrice des EHPAD.

Bibliographie non exhaustive

Ouvrages et articles cités dans le texte

- Allione C. « Les pouvoirs du superviseur », colloque de PSYCHASOC sur la supervision, 2014.
- Bourdieu P. « Esquisse pour une auto-analyse », Editions Raisons d’agir, 2004.
- De Gaulejac V. « La névrose de classe », Hommes et groupes Editeur, 1987.
- Elias N. « Qu’est-ce que la sociologie ? », Editions de l’aube, 1991.
- Freud S. « Au-delà du principe de plaisir », Editions Payot, 2001.
- Freud S. « La question de l’analyse profane », Gallimard, 2003.
- Freud S. « Nouvelles conférences sur la psychanalyse, Folio essais, 1989.
- Karsz S. « Séminaire déconstruire le social », l’Harmattan, 1992.
- Lacan J. « Séminaire III, les psychoses », Le Seuil, 1981.
- Lacan J. « Séminaire VII, l’éthique de la psychanalyse », Le Seuil, 1987.
- Lacan J. « Du discours psychanalytique », conférence de Milan, 1972.
- Linhart R. « L’établi », Editions de minuit, 1978.
- Melman C. et J.P. Lebrun « L’homme sans gravité », Denoël, 2002.
- Orwell G. « 1984 », Folio, 1972.
- Oury J. « Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle », Champ social, 2001.
- Pineau G. et Legrand J.L. « Les histoires de vie », PUF, 1993.
- Rouzel J. « La supervision d’équipe en travail social », Dunod, 2007.
- Rouzel J. « Il n’y a que ça le lien social », Revue RISS, 2011.
- Tomckiewicz S. « L’adolescence volée », Calman- Levy, 1999.
- Vidal G. « Négation de l’autre et violence institutionnelle », ERES, 2004.

Ouvrages lus pendant la formation et non cités

- Allione C. « La part du rêve dans les institutions », Editions Encre marine, 2010.
- Cabassut J. « Petite grammaire lacanienne du collectif institutionnel », Champ social, 2009.
- Duval-Héraudet « L’analyse de la pratique : à quoi ça sert ? », ERES, 2015.
- Quignard P. « Tous les matins du monde », Gallimard, 1991.
- Rouzel J. « Psychanalyse et écriture » (ouvrage collectif), l’Harmattan, 2015.
- Rouzel J. « La folie créatrice », ERES, 2016.