



HAL
open science

DE LA “ FEUILLE DE SOINS ” A LA TRACE DE LA RENCONTRE : UNE PHENOMENOLOGIE DU QUOTIDIEN DE LA PSYCHIATRIE

Jean Arthur Micoulaud-Franchi, Jean Vion-Dury

► **To cite this version:**

Jean Arthur Micoulaud-Franchi, Jean Vion-Dury. DE LA “ FEUILLE DE SOINS ” A LA TRACE DE LA RENCONTRE : UNE PHENOMENOLOGIE DU QUOTIDIEN DE LA PSYCHIATRIE. Chroniques phénoménologiques, 2017, 6, pp.6-10. hal-01773655

HAL Id: hal-01773655

<https://hal.science/hal-01773655>

Submitted on 23 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

DE LA « FEUILLE DE SOINS » A LA TRACE DE LA RENCONTRE : UNE PHENOMENOLOGIE DU QUOTIDIEN DE LA PSYCHIATRIE



Jean Arthur
Micoulaud-Franchi
CNRS, SANPSY,
USR 3413
Bordeaux,



Jean Vion-Dury
Aix Marseille
Université,
CNRS PRISM (FRE-
2006),
Marseille France

I. Introduction

Ce texte se propose de réfléchir d'un point de vue phénoménologique et épistémologique à une pratique médicale : « la feuille de soins », support pratique du « programme » que doit effectuer le médecin hospitalier (en général l'interne) dans un service, concernant les soins à apporter aux patients. Cette pratique, en apparence si banale, voire même prosaïque, constitue en réalité, quand on accepte d'en remettre en cause l'évidence naturelle et pratique, l'équivalent actuel d'un tesson de poterie de la période hellénistique dans lequel on trouverait les reliefs d'un repas.

Posons le cadre. Arrivant dans un service hospitalier, un interne peut se sentir très facilement submergé par « les demandes » de l'équipe soignante et des patients. Ces multiples sollicitations aléatoires et diverses contiennent toutes les raisons de s'avérer déstabilisantes, et le processus de raisonnement clinique (avec son triptyque diagnostic, pronostic, traitement) bien souvent appris sous la forme d'un ensemble de savoir et de représentation biomédicale (Micoulaud-Franchi et al. 2017), semble souvent peu adapté, ou indigent, pour y trouver une stratégie concrète de réponse satisfaisante (Micoulaud-Franchi 2010).

Malgré tout, ayant peu d'autres outils que le processus de raisonnement clinique basé sur le savoir biomédical, c'est à ce corpus théorique qu'il peut essayer de se rattacher. Il pourra alors trouver une matérialisation et une réduction rassurante sous la forme de ce que l'on nommera « feuille de soins » sensée guider le travail de l'interne. Trois colonnes sur cette feuille : diagnostic, traitement, « à faire », une ligne par patient. Si ces feuilles de soins sont probablement très utiles dans un service de médecine ou de chirurgie, elles échouent, du moins partiellement, à organiser le travail psychiatrique, car le caractère éminemment spécifique de la rencontre psychiatrique les déborde de toutes part et n'en sont que des traces. Penser la rencontre (en particulier dans le cadre de la rencontre psychiatrique), amène phénoménologiquement à penser la trace. Ainsi, Merleau-ponty, dans *La phénoménologie de la perception*, nous dit « *quand je me tourne vers ma perception et que je passe de la perception directe à la pensée de cette perception, je la ré-effectue, je retrouve une pensée plus vieille que moi à l'œuvre dans mes organes de perception et dont ils ne sont que la trace. C'est de la même manière que je comprends autrui. Ici encore, je n'ai que la trace d'une conscience qui m'échappe dans son actualité et, quand mon regard croise un autre regard, je ré-effectue l'existence étrangère dans une sorte de réflexion* » (Merleau-Ponty, 1976, p 404) La rencontre implique et comprend donc la perception d'une « existence étrangère », à la limite du dicible, et l'intervention de traces.

Or, les feuilles de soin peuvent être analysées comme ces traces de la rencontre psychiatrique. Celles que nous avons retrouvées nous semblent permettre de revenir à ces moments. Mais ces feuilles dépassent la problématique des traces de la même manière que la rencontre dépasse la problématique de l'inscription sur celles-ci (Naudin 2005).

collectionnent malgré eux les taches : de cigarettes aux doigts, de gras sur les vêtements etc. le patient psychiatrique hospitalisé, indigent est un patient « taché ».

D'un côté ces feuilles peuvent donc être considérées comme des collections de taches, plus ou moins éparses, et par l'impossibilité (ou le refus) d'être lisible, elles font scandale à la logique biomédicale en apparence si bien huilée. En même temps, elles signifient le fait que la rencontre et la pratique psychiatrique dépassent cette logique et s'effectue parfois dans des conglomérats d'actions, de discours, de pensées, aux logiques floues. Comme la tache le raisonnement psychiatrique s'étale en des directions parfois inattendues, où se bloque sans raison apparente à un endroit. Ainsi, ces taches renvoient aux limites de la tâche psychiatrique dès lors qu'elle est considérée dans sa dimension purement technique d'acte biomédical.

D'un autre côté, ces feuilles tachées ne sont pas que cela. Elles sont aussi le surplus (ou l'appel) un peu débordant, un peu incohérent d'un jeune médecin hésitant, perplexe, peinant à organiser sa pratique et ses tâches, et ne sachant finalement comment être plus organisé, voir « plus cadrant », plus rigoureux.

III. Le gribouillis.

On peut également considérer ces feuilles de soins en se disant qu'elles constituent des gribouillis. Ce mot vient d'un mot néerlandais qui signifie griffonner, c'est à dire écrire rapidement, avec une griffe...

Que vient alors signifier cette précipitation ? Ou bien que signifie ce gribouillage qui relève peut être encore de l'ordre de l'enfance. Est-ce à dire que le médecin frais émoulu est immature ou que partiellement désemparé, il se réfugie plutôt dans le domaine de l'enfance qui est à la fois celui du jeu et de l'apprentissage, comme le vaisseau dans le port un jour de tempête ? Ou est-ce aussi une manière de marquer que tout cela n'est aussi qu'un jeu, un jeu de rôles plus ou moins clair dont on dessinerait ainsi le sédiments des règles non dites et des relations non structurées ? Cela veut-il dire aussi que le jeune médecin peine à clarifier son rôle et son projet et que l'idée qu'il s'en fait ne peut être encore claire, soulignée, voire bornée ? L'ordre du gribouillis reste donc celui de la question !

IV. L'esquisse.

Si l'indétermination que laisse transparaître cette structure de taches, de brouillon ou de gribouillis que constituent ces feuilles de soins peut constituer le versant déflationniste ou dépressif de la mise en situation médicale, on peut également en faire ressortir une vision positive, d'émergence, de projection dans l'action et le devenir.

Car ces feuilles de soins sont aussi des esquisses. Des esquisses Goodman nous dit : « L'esquisse ne fonctionne pas du tout dans un langage ou une notation, mais dans un système sans différenciation sémantique ou syntaxique. L'esquisse ne définit pas une œuvre... elle en est une. L'esquisse...diffère de la partition non pas parce qu'elle fonctionne comme caractère dans un langage d'une espèce différente, mais parce qu'elle ne fonctionne absolument pas comme caractère dans un langage. (Goodman , 2011 p 232 et 233).

Or ces feuilles de soins prises hors de leur contexte semblent être également l'œuvre d'un artiste non figuratif, tentant, dans le cadre un peu strict des trois colonnes, de nous montrer des schèmes, des traces de quelque chose en acte et non plus en puissance, Ces lignes sont-elles alors des esquisses ou les ancrages d'une relation, de traitement, une sorte de témoignage d'un élan thérapeutique parce que finalement de l'ordre du vital, ou du fondement de la vie.

Ici, le sens et la limite même de l'œuvre sont ambiguës, un peu comme « l'œuvre au noir » (M. Yourcenar) : magie, saisie des éléments proto-rationnels, chaînes de raisons dont la causalité échappe, rapports insidieux, compréhension discontinue, émergences brutales d'idées dont on ne sait finalement que faire face à une réalité qui échappe, à des destins à ce point fourvoyés, à un avenir qui malheureusement est quasi-certain.

VI. 1. Indice

L'indice de la trace, c'est encore le processus de raisonnement clinique, c'est le signe, le symptôme donc la sémiologie. Ginsburg parle de « paradigme indiciaire » consistant à rechercher par l'activité fondée sur ce paradigme une réalité plus profonde (la psychanalyse faisant évidemment partie de cette activité) (Ginsburg 1989). Dans ce qui nous intéresse ici, la trace sur ces feuilles renvoie aux « demandes » multiples à l'origine de celles-ci. Mot que nous considérons comme inadapté car sous-tendu par un imaginaire de l'accessoire et donc du méprisable. Combien de fois n'entendons nous pas à l'hôpital que tel ou tel patient est « dans la demande » terme enroulé pour signifier qu'il est « un peu chiant ». En fait, les équipes soignantes elles-mêmes sont bien souvent dans la demande ! Ces demandes ne font que tenter d'exprimer un essentiel, dont la « folie » et le cadre institutionnel ne permettent pas le plus souvent de parler. Dès lors, faute de mieux, ce sont ces demandes qui parlent. Il s'agit de savoir les écouter, d'y voir l'indice d'une souffrance. C'est le rôle du médecin notamment, qui a été (ou doit l'avoir été) formé pour ça. C'est également le rôle de l'ensemble des soignants et soignés (Oury 2007).

Patients	Diagnostic	Traitements	A faire
C. ...	OH sang hist normale Primo de HUC	Amel mark	
N. ...		Euc Amel Amel	val Roby... de 9:45 à 23h 16 h
H. ...	Tel Socu: 1 mois ou plus ?		après report Amel Amel
S. ...	de long... médic... c'est... c'est...	amél... = belle... x... c'est... c'est...	F. ... Amel
C. ...	S. ... B. ...	Amel Amel	
A. ...	As : ...	Amel Amel Amel	Amel Amel
25 ...	Amel Amel	Amel Amel Amel	Amel Amel
P. ...	Amel Amel	Amel Amel	Amel Amel
L. ...	Amel Amel	Amel Amel	Amel Amel
D. ...	Amel	Amel	Amel

Amel Amel Amel Amel

VI.2 Empreinte

L'empreinte de la trace, c'est le souvenir laissé par la rencontre chez le médecin et chez le patient, c'est l'impression qu'il s'est passé quelque chose, et que ce quelque chose du passé subsiste actuellement. C'est ce que Paul Ricoeur nomme « représentation présente d'une chose absente », et celui-ci distingue « trois emplois majeurs du mot trace » (Ricoeur 2000) :

- La trace affective, « l'affection résultante du choc de l'événement », donc le sentiment, la trace éprouvée qui agit encore sur ce qu'on est et fait ;

- La trace mnésique, du souvenir proprement dit, quasiment neuronale, cérébrale, matérielle (si l'on accepte, au rebours de Bergson (2004), que la mémoire puisse être matérielle ou neuronale);

- La trace écrite, de ces feuilles ici présentées comme documents historiques.

Le point commun étant l'extériorité par rapport à l'événement, il y a donc un peu de nostalgie dans cette trace, puisqu'elle se réfère à un vécu résolu ; mais cette nostalgie est ce qui permet à de nouveaux événements de laisser trace, et à l'histoire de continuer.

Cette nostalgie a à voir , comme le souligne Jankelevitch avec l'irréversible (Jankelevitch, 2011). Il y a toujours de l'irréversible dans la maladie. L'irréversible d'un corps vieillissant, l'irréversible destruction due à la maladie (ainsi que le signale Goldstein, 1983), l'irréversible de l'occasion le plus souvent manquée du soin adéquat, au moment nécessaire.

VI .3 .Ecriture

L'écriture de la trace est la plus difficile à appréhender. Elle rencontre la philosophie de Jacques Derrida difficile à résumer en quelques lignes dans ce texte. Cependant nous pouvons proposer qu'elle se rapporte au concept de différance (Derrida 1967). Mais, est-ce bien un concept ? C'est plutôt la possibilité même de la pensée et de la création de concept. La différance n'est qu'une trace mais c'est aussi et essentiellement ce qui rend possible un mouvement, une ouverture, une parole. La trace est à voir ici comme l'acte rendant possible la rencontre, ce n'est plus le résultat de celle-ci mais son origine, ce qui permet l'avènement, afin que la rencontre psychiatrique conserve cette part de mystère d'une ouverture réciproque à l'altérité.

VII. Conclusion

En conclusion nous pensons que s'il y a eu trace, il y a eu tracé et donc traçage. Ce traçage nous le faisons ensemble, soignants et soignés (même si ces termes sont peut être voués à disparaître, il s'agit de partir d'eux puisque c'est eux qui structurent nos soins actuellement) dans la rencontre. Mais il s'agit de dépasser une vision de la rencontre fondée sur la théorie de l'information Shannoniennne, où la rencontre se limiterait à faire passer un message d'un récepteur à un émetteur, à travers un code de transmission (Vion-Dury et al. 2011). Le langage donnerait alors naissance à des réseaux de conversation avec des nœuds et des boucles, créatrices de sens et de vie quotidienne. Cette réflexion sur la trace nous conduit donc à penser le langage comme *acte*.

Références

Derrida, J. (1967). De la grammatologie. Paris, Editions de Minuit.

Bergson H, (1939, 2004) Matière et mémoire, PUF Quadrige.

Ginzburg, C. (1989). Traces. Racines d'un paradigme indiciaire. Mythes, emblèmes, traces. Morphologie et histoire. Paris, Flammarion: 139-180.

Goldstein K. (1983)La structure de l'organisme, 1934 ; Gallimard.

Goodman, N., (2011). Langages de l'art. Paris, Faillard.

Imberty M. (2005) La Musique creuse le temps. De Wagner à Boulez : Musique, psychologie, psychanalyse. L'Harmattan.

Jankelevitch, V. (2011). L'irréversible et la nostalgie. Paris, Flammarion.

Merleau-Ponty, M. (1976). Phénoménologie de la perception. Paris, Gallimard.

Micoulaud-Franchi, J. A. (2010). "Conversion du regard chez l'étudiant en médecine : expérience d'un orphelin de la science » " Pédagogie Médicale **11**(3): 187-196.

Micoulaud-Franchi, J. A., Amad, A., Geoffroy, PA., Fovet, T., Quiles, C. (2017). "Le concept de syndrome, en tant que construction didactique pertinente pour l'enseignement et l'apprentissage du savoir biomédical , *sous presse dans* " Pédagogie Médicale .

Naudin, J. (2005). "De l'improbabilité des rencontres et de la notion de signe." *L'Évolution Psychiatrique* 70(2): 409-411.

Oury, J. (2007). "Chemins vers la clinique." *L'Évolution Psychiatrique* 72(1): 3-14.

Ricoeur, P. (2000). *La mémoire, l'histoire, l'oubli*. Paris, Seuil.

Vion-Dury, J., Cermolacce M., Azorin J.M., Pringuey D et J. Naudin J (2011). "Neurosciences et phénoménologie - I : dans le bocal à mouches et -II : sortir du bocal à mouches " *Annales Médico-psychologiques* 169 (1): 35-41.