

**NOM Prénom : Master 1 L.LS
Parcours recherche philosophie**

**Rapport de stage à l'E.R.I.C :
Equipe Rapide d'Intervention de Crise**

**Tuteur pédagogique : NOM Prénom
Tuteur dans l'organisme d'accueil : NOM Prénom**

Sommaire :

Introduction.....p3
1.Motivations et intérêts.....p3
2.Contenu du stage.....p5
 1.1.Les entretiens.....p6
 1.2.Notre place au sein du service.....p7
 1.3.La position du philosophe en question.....p8
3.Points critiques de mon expérience.....p9

Introduction :

Faire un stage dans une entreprise alors que l'on suit un master que l'on qualifie de non-professionnel ne semble pas aller de soi. C'est pourquoi, nous commencerons ce rapport sur l'intérêt d'un stage lorsque l'on suit le Master L.I.S., particulièrement quand on est en recherche. Il est vrai que ce cursus ne nous promet pas un métier comme un C.A.P menuisier ou un concours d'infirmier le ferait. Mais mis à part l'enseignement, les facultés de médecine ou de pharmacologie, très peu ne délivrent un métier clés en main.

Dans la mesure où nous sommes en recherche, il s'agit non seulement d'un temps d'étude réservé à la recherche et à l'écriture du mémoire, mais c'est aussi un moment pour réfléchir sur un exercice concret de sa formation. De plus, le fait d'être dans un master non-professionnel laisse une ouverture suffisamment grande pour ne pas être d'emblée privé de certains choix. L'obligation de faire un stage permet d'autre part de vraiment prendre en considération cette question tout en poursuivant le travail de mémoire.

En ce qui me concerne, ce stage fait suite à un autre que j'avais effectué en juin 2011 à la clinique de La Borde. Il m'a permis de trouver et d'élaborer mon sujet de mémoire. Le stage à E.R.I.C m'a permis de réfléchir sur la place et le rôle de la philosophie dans un milieu professionnel, sur la manière dont la philosophie se met en pratique puis comment une pratique soulève des interrogations de type philosophique.

1. Motivations et intérêts :

Ce stage dura du 17 au 27 janvier. Il eut lieu dans ce qu'on peut généralement appeler un service mobile d'urgence psychiatrique. Le nom exact est E.R.I.C, Equipe Rapide d'Intervention de Crise, situé au centre hospitalier Jean-Martin Charcot à Plaisir (78). C'est un dispositif de secteur qui recouvre une unité intersectorielle comprenant une population de 650 000 habitants. Pour fonctionner, cette institution compte 6 médecins (plus des internes), 17 infirmiers, 1 secrétaire médicale, 1 cadre supérieur de santé et un responsable d'unité, Frédéric Mauriac. Ce service fonctionne 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.

La principale motivation de ce stage réside dans mon mémoire puisqu'il porte sur la fonction soignante du collectif, poursuivant une réflexion sur les rapports entre philosophie, psychiatrie et psychanalyse ; ce mémoire se fait sous la direction de Jean-Pierre Cléro. Au regard de l'aliénation fondamentale de l'homme, aussi bien psychologique que sociale, le collectif est une notion pratique et théorique capable de rendre compte des formes que prend l'existence au cours du temps. Je considère que le collectif est le moyen et le processus qui permet d'avoir une prise sur l'aliénation ;

sa propre aliénation, celle de quelqu'un d'autre, celle d'une partie de la population (...). Reprenant les interrogations menées par la psychothérapie institutionnelle, il s'agit de voir dans quelle mesure le collectif est porteur d'une efficacité non seulement thérapeutique, mais aussi métaphysique ? La métaphysique étant, selon moi, le questionnement concernant la forme du vivre humain. Ma recherche se situe donc à un niveau éthique et politique.

D'autre part, loin de vouloir tirer l'activité thérapeutique vers des considérations spéculatives, j'étudie au contraire quelle forme de vie produisent les institutions hospitalières, asilaires et leurs versions mobiles et ambulatoires, quelle place accordent-elles au collectif et quels effets cela engendre. C'est pourquoi il me semblait nécessaire qu'une pratique, aussi minime soit-elle, puisqu'il s'agissait principalement d'observation, me permette d'arrimer mon questionnement à la dimension du « terrain » et de nourrir ma réflexion des difficultés qu'il pose. Autrement dit, l'épaisseur d'une pratique ne saurait être remplacée par des livres malgré tout le bénéfice apporté par leur lecture.

A ce propos, E.R.I.C me semblait être une bonne structure puisqu'elle permettait de confronter mes réflexions à la crise, moment le plus aigu de la folie, et, de plus, d'étudier quelle modalité collective de prise en charge du patient y est effectuée. De fait, E.R.I.C se définit comme un service de « post-psychiatrie » dans la mesure où il replace la problématique de la prise en charge du malade mental dans le triangle Institution-Patient-Famille ou Proches, favorisant la prise en charge du patient par celle-là ou ceux-ci.

Etant donnée la période assez courte pendant laquelle se déroula le stage (10 jours), je ne prétendrai pas fournir une vision exhaustive du service E.R.I.C. Néanmoins, une présentation succincte est nécessaire pour rendre compte de mon expérience. La création d'E.R.I.C remonte à 1995. Ce dispositif est le fruit d'un ancien médecin-chef, Serge Kanas, qui travaillait dans un hôpital psychiatrique de la région parisienne. Ce médecin constatait une certaine « chronicité hospitalière » des patients. Lors de leur hospitalisation, ceux-ci étaient littéralement séparés de leur milieu social. Ce dernier se réajustait sans lui. Une fois l'hospitalisation terminée, et malgré l'offre ambulatoire de soin, le patient se retrouvait la plupart du temps socialement désadapté au point de rechuter dans la folie et de retourner à l'hôpital.

Fort de ceci, l'idée est de penser un service qui agisse en amont de l'hospitalisation pour faire jouer la crise comme une mise en mouvement du patient et de son milieu. Mise en mouvement à la faveur de laquelle E.R.I.C peut établir un relais entre le milieu-patient et les institutions. Avoir un service qui ouvre la possibilité matérielle de se demander quelles sont les potentialités ouvertes par la crise est, selon moi, du plus grand intérêt. Cette question étant de plus en corrélation avec ce geste, fondateur du groupe E.R.I.C, de ne pas séparer le patient de son milieu mais de faire jouer les deux ensemble, le tout étant assumé par une disponibilité permanente du service, la possibilité d'un

suivi maximum d'un mois ainsi qu'une mobilité propice à une véritable implication du milieu dans la prise en charge.

1. Contenu du stage :

Pour illustrer le fonctionnement d'E.R.I.C, nous pouvons reprendre les trois temps qui rythment le groupe :

- évaluation de la situation par les secours (samu, professionnels...)
- intervention d'une équipe
- travail de suivi d'environ un mois

Le fonctionnement d'E.R.I.C est en équipe, selon le régime horaire des 3/8 (trois équipes de salariés se relaient pour que le service soit effectif 24h/24 et tournent pour que chacune puisse travailler le matin ou l'après midi). Toute action est menée en binôme. Nous pouvions, dès lors que quelque chose avait lieu, nous greffer à un binôme. Nous arrivions le matin et consultions, comme tout le monde, le livre de suivi des journées afin d'être au courant de ce qu'il s'était passé durant la nuit et le petit matin, ainsi que l'agenda sur lequel étaient notés les rendez-vous de la journée. Nous pouvions lire les documents de recherche du service, écouter les entretiens téléphoniques ou nous greffer à un binôme pour participer à un entretien puis en faire le « debriefing » (réunion permettant de faire le point sur l'entretien et la situation) dans la salle privée (salle strictement réservée au personnel).

Une fois la matinée et le déjeuner passés, nous faisons une réunion de coordination médicale afin de transmettre les informations d'une équipe à l'autre, faire le point sur les entretiens passés ou à venir et exprimer son vécu si quelque chose restait un peu sur le cœur. Nous nous retrouvions dans la plus grande des salles de consultation où les chaises étaient disposées en cercle avec une table au milieu contenant du café et du chocolat. L'équipe du matin et celle de l'après-midi s'asseyaient. Quelqu'un prenait l'agenda des rendez-vous et nous revenions ensemble sur les entretiens passés et à venir. Cette occasion permettait de rassembler le travail des binômes et de permettre au service de discuter de certaines questions soulevées par les situations rencontrées. A titre d'exemple, nous avons parlé du rapport entre les C.M.P (Centre Médico-Psychologique) et E.R.I.C car, à plusieurs reprises, le service avait l'impression de faire le travail d'un C.M.P et de répondre généralement aux faiblesses de la psychiatrie plutôt que d'effectuer un véritable travail de relais. Ou une autre fois, nous discutâmes de la manière dont certains patients se servaient d'E.R.I.C pour régler des histoires de famille qui n'ont rien à voir avec de la psychiatrie ou un quelconque soin. Ou encore comment se

comporter vis à vis d'une mère trop présente dans des entretiens alors qu'il faudrait surtout entendre les enfants pour lesquels le service étaient sollicités. Le but d'une telle réunion est d'assurer une cohérence du suivi autant que de la démarche de l'équipe ; moment où l'on s'aperçoit que la communication est capitale dans ce service si l'on ne veut pas faire n'importe quoi ou mettre soi ou quelqu'un d'autre en danger. Il peut en effet être dommageable de ne pas prévenir les autres membres de l'équipe qu'une personne est agressive suite à une alcoolisation massive, ou qu'elle était en mesure de se suicider lorsqu'on l'a appelée.

1.1 Les entretiens

Un coup de téléphone est reçu. Un des membres du binôme décroche et met le haut-parleur afin que l'autre membre écoute. Soit la personne malade appelle, soit un proche, soit le médecin généraliste ou les urgences. Le binôme écoute et pose des questions. Quand le cas relève bien du service et si la personne concernée est consentante, alors il est possible d'intervenir en fixant un rendez-vous à E.R.I.C ou chez le patient ou ses proches. A la suite de quoi le binôme retranscrit l'appel dans une fiche téléphonique. Est alors programmé un entretien d'urgence qui a lieu le jour même ou le lendemain.

Pendant l'entretien, il s'agit de voir comment va le patient, comment il vit, avec qui, et d'établir ce qu'il est possible de mettre en place avec les ressources que patient et milieu possèdent. Un proche d'une personne seule dans son appartement menaçant de se suicider appelle avec l'accord de celle-ci. Un binôme les rencontre et voit dans quel état d'esprit se trouve la personne. Si la situation le permet, on demande, en accord avec la personne souffrante et les proches s'il est possible de l'héberger le temps de la prise en charge du service. A la fin de cet entretien, et de tout entretien, est fixé un nouveau jusqu'à l'entretien de fin de prise en charge.

En plus du relais, c'est aussi du délais qui est offert puisqu'avec ce service, le milieu-patient ne cèdent pas à l'urgence et tentent plutôt de repenser un peu à la manière dont ils vivent et s'appréhendent les uns les autres. Un suivi s'enclenche avec un traitement. Ensuite, des entretiens de post-urgence sont effectués ; ces visites à domicile ont pour but de vérifier si la prise en charge à domicile fonctionne, si le patient se sent mieux, s'il semble prêt à suivre un traitement sur du plus long terme, si la famille reste à l'écoute. Puis il y a enfin les entretiens de fin de prise en charge qui viennent clore le suivi normalement repris par une instance ambulatoire de soin.

1.2 Notre place au sein du service

Notre présence à E.R.I.C fut bien accueillie et suscita un certain nombre de questions ; à

commencer par celle-ci, qu'est-ce que peuvent bien faire des étudiants de philosophie ou des philosophes dans un service de psychiatrie? En effet cette question se pose car avoir des stagiaires infirmiers, psychologues ou médecins, dans la mesure où ces professions ont un but thérapeutique, il paraît évident qu'ils se confrontent à la réalité de leur profession. En plus de cela, avec toute la gestion que réclame une société comme la nôtre, il paraît évident qu'un service comme E.R.I.C trouve une place pour une secrétaire médicale ou un cadre supérieur de santé. Mais que peut bien faire un philosophe ou un apprenti philosophe dans un tel service ? Telle est selon moi la question principale qui sous-tendait notre présence ici.

Cette question m'amène à la difficulté majeure que nous avons pu rencontrer. Nous pouvons le voir dans la manière dont se déroulait le stage. Le premier jour, le médecin-chef du service nous a présenté brièvement le service ainsi que les membres présents sur le site, puis a fixé quelques cadres à notre présence : observer, poser des questions, lire les recherches de l'équipe, faire attention à nous ainsi qu'aux personnes présentes, assister à des entretiens de post-urgence sur le lieu comme chez les patients sans demander leur avis, ne pas intervenir lors des entretiens et ne pas participer à des entretiens d'urgence.

Les deux premiers jours, il fallait apprendre qui était qui, qui faisait quoi et pourquoi, où se passaient les choses... Autant de questions que les membres de l'équipe se sont aussi posés puisqu'ils ne savaient pas ce qu'il était permis de nous montrer. On a pu voir différentes attitudes, entre ceux qui prenaient le temps de bien nous expliquer les choses, ceux qui nous proposaient ou acceptaient qu'on les suive en intervention, ou encore ceux qui nous protégeaient de certaines situations arguant un potentiel danger pour eux ou nous. Nous aurions pu faire face à un règlement commun ordonné par voie hiérarchique ou collective de ce qui était à voir ou à éviter, mais il n'y avait manifestement rien de cela. Cela nous offrait une souplesse et une liberté apte à nous confronter et à élaborer directement avec les professionnels du groupe. J'ai trouvé cela bien car nous disposions d'une pierre d'achoppement.

Ce biais nous permettait en effet de nous introduire dans la pratique puisque nous posions essentiellement des questions relatives au fonctionnement du service, mais aussi par rapport aux gestes à faire dans telle ou telle situation comme avoir les réflexes de se présenter devant un patient ou de ne pas rire de lui (...). Pour être honnête, ce fut davantage la préoccupation de Eileen (ma camarade de stage). J'ai davantage cherché à m'introduire dans les entretiens, à voir selon quel(s) critère(s) les décisions étaient prises, quelle(s) vision(s) du monde aiguillaient les professionnels, comment réagissaient-ils vis à vis de la souffrance ? De quelle manière faisaient-ils référence à la symptomatologie ? Avaient-ils des réflexions sur le rapport folie et société ou se refusaient-ils cette question pensant qu'elle n'était pas du ressort de la psychiatrie mais recouvrait une dimension plutôt politique ? Quel(s) rapport(s) ce dispositif entretient-il avec les autres dispositifs de soin ou de

gestion de population ? Est-ce qu'une pensée du collectif parcourait les membres de l'équipe?

C'est donc en quête de ces réponses que je voulais m'immiscer dans les entretiens qui constituent le vif du travail d'E.R.I.C. Et si la position du philosophe a beaucoup à voir avec celle du concept, elle a peut-être davantage à voir avec celle du questionnement. On pourrait nous répondre que le questionnement n'est pas que l'affaire du philosophe car tout le monde se pose des questions. A cela nous répondons que tout le monde peut créer des concepts ou peut élever n'importe quel mot à l'état de concept s'il emploie la rigueur suffisante pour le faire. L'intérêt d'une telle remarque est de rejoindre les considérations actuelles en Europe et ailleurs sur la place de la philosophie et des philosophes dans des équipes de professionnels, que ce soit de la santé ou autre.

1.3 La position du philosophe en question :

Il n'est effectivement pas simple de prôner une présence de la philosophie dans la cité. En replaçant ce questionnement dans la perspective d'E.R.I.C et plus largement de la santé mentale, il apparaît que ma place ici consista à observer, questionner et à forcer quelque peu de m'introduire dans les entretiens et les processus de décisions. Cela rejoint une thématique de Michel Foucault dans un de ses cours au Collège de France, *Le gouvernement de soi et des autres*, qu'il nomme la fonction parrhésiastique de la philosophie. Cette fonction correspond à la manière dont un sujet se lie à lui-même dans ce qu'il dit et fait. Autrement dit, cela équivaut à la mise en jeu de soi dans une situation, de faire corps avec elle et assumer d'y remettre son destin. A plusieurs reprises, j'ai pris la parole lors d'un entretien (là où mon statut de stagiaire et ma compétence en philosophie ne m'autorisaient officiellement pas à le faire), ou dans la discussion intermittente à l'entretien, j'ai débattu sur ce qu'il était possible de faire avec les ressources d'un patient pour aiguiller leurs choix au sein même de l'entretien (...).

C'est en particulier ce forçage qui m'a semblé être intéressant puisqu'il m'a permis de voir que la barrière thérapeutique selon laquelle seuls les professionnels de la santé sont en mesure de soigner ou du moins d'intervenir, n'est pas aussi claire et bien fondée qu'elle n'y paraît puisque les infirmiers, les médecins et les psychologues avec qui j'ai tenté cela ne l'ont pas mal pris du tout. D'autre part eux-mêmes ont été amenés au gré de leur pratique à se poser des questions d'ordre philosophique sans que cela nécessite mon intervention. A titre d'exemple : qu'est-ce que la folie au-delà de toute nosographie ? Quelle est la place de la philosophie au sein d'une équipe soignante ?

Mon propos ne vise absolument pas à remettre en cause ou disqualifier leurs compétences, ni celles des professeurs de philosophie, mais il tient à mettre en valeur l'incohérence qui fonde la psychiatrie et plus généralement le salariat comme manière de produire fondée sur la division du travail. En effet, trouver sa voie ou son métier équivaut souvent à trouver l'itinéraire linéaire au

cours duquel nous aurons à être le meilleur et duquel ne pas dévier sous peine de ne plus avoir l'argent suffisant pour vivre. L'actuel appel à la « flexibilisation » du travail n'est qu'un moyen de rendre plus précaire la linéarité du travail.

Ceci étant, nous pouvons voir que cette tendance à la linéarité est quelque peu brisée au sein d'E.R.I.C par la volonté systématique d'agir en binôme hétérogène (médecin-infirmier, psychologue-médecin ou infirmier-psychologue), de réfléchir en équipe (ce que permettent entre autre les réunions de coordination médicale, où au cours de l'une d'elle il nous a été possible de discuter de l'éventuelle place de la philosophie dans un tel service) et surtout ne pas séparer le patient de son milieu pour au contraire l'impliquer dans la prise en charge du soin. Telle est la modalité collective qui fait la force et l'efficacité du groupe E.R.I.C.

3. Points critiques de mon expérience :

Outre le cadre fixant les limites de notre présence par le médecin-chef, le fait d'être étudiant de philosophie dans une structure psychiatrique, donc d'avoir un statut qui ne possède pas dans sa définition de compétences thérapeutiques, ne nous donnait pas accès aux entretiens d'urgence et étions parfois perçus par quelques membres du groupe comme de petits enfants qu'il fallait protéger des insanités potentielles de la folie. Néanmoins, ce réflexe protecteur n'est pas insensé puisqu'au-delà de son aspect maternant, nous ne disposons effectivement pas de l'expérience et des compétences requises pour faire marcher correctement la structure. De plus, le fait de n'être présent que dix jours ne permettait pas de dépasser cette limite. Toutefois, il est possible de voir dans ce réflexe, une certaine rigidité de la structure, figée dans une hiérarchie des statuts, réduisant et cloisonnant toute fonction et tout rôle dans ces derniers.

Or, si l'un des soucis du groupe est la mobilité du service inhérente à l'implication du milieu dans la prise en charge des patients, peut-être serait-il plus judicieux d'adopter une plus grande souplesse au niveau de la participation aux entretiens avec la possibilité de laisser s'exprimer le stagiaire comme on laisse s'exprimer les proches ou la famille quitte à les contredire ensuite. Il y aurait donc une limite dans mon expérience qui traduirait la limite donnée à la puissance collective à l'intérieur d'E.R.I.C, freinant peut-être un peu trop la mise en mouvement qu'est censée inaugurer la crise. Autrement dit, il s'agit d'un certain manque d'autonomie des décisions bien qu'elle soit déjà grande dans ce service.

Si E.R.I.C se définit comme un dispositif de relais, qui nécessite davantage de faire attention à une situation qu'à l'étiquetage nosographique, peut-être devrait-il chercher à moins répondre aux objectifs hiérarchiques et aux injonctions du système psychiatrique général. C'est déjà en grande partie ce que sa mobilité et sa manière de travailler en équipe lui permet, tout en étant pris dans les

différents rapports de force avec les autres dispositifs psychiatriques ou de gestion de population. A cet égard, il était discuté de savoir si au fond ce service n'était pas le « bras armé » (dixit E.R.I.C) de la psychiatrie dans la mesure où sa mobilité lui donnait la capacité de mettre la main sur une personne. Chose que la lourdeur de l'hôpital psychiatrique ne permettait pas. En optant pour une certaine souplesse, le groupe s'affranchira davantage du risque d'être manipulé.

Une autre limite de mon stage concerne la différence de point de vue des institutions vers lesquelles rediriger les patients. En effet certains d'entre eux souffraient plus d'être seul que d'une pathologie. Or, au regard du passé de psychiatisé de ses personnes, celles-ci n'avaient pour seul recours que ces instances, à partir desquelles seulement elles pouvaient espérer une aide plus conforme à leur besoin. En second lieu, Utiliser le milieu, l'entourage et les ressources se réduit souvent à collaborer avec la famille. Pourtant les familles, comme d'autres milieux, peuvent être pathogènes, et ne pas séparer la personne de son milieu signifie parfois ne pas séparer la personne des conditions de son mal-être. Cette neutralité vis à vis du milieu et sur laquelle il n'est pas vraiment permis et/ou possible de dire quelque chose (car je sais que dire cela ne va pas sans poser de problèmes) me semblait un peu handicapante.

Sur ce point, une certaine pratique de la psychanalyse pourrait aider. Cela nécessiterait d'intégrer la dimension du désir sur le plan des différentes relations entre le patient, son milieu et les institutions. En effet, de même que l'on cartographie en secteur le territoire d'intervention d'E.R.I.C ou d'autres services mobiles d'urgence psychiatrique, on pourrait tenter de réaliser une cartographie des investissements de désir, et donc des rapports de force qui se jouent entre le patient, son milieu et les institutions. Cependant une telle perspective oblige de repenser le relais, voire d'en sortir. De plus, cela forcerait les institutions qui ont trait de près ou de loin à la psychiatrie à sortir de leur mutisme politique.