

L' Ecrit

Département universitaire de psychiatrie adulte
(DUPA)
Service des soins infirmiers
Site de Cery - 1008 Prilly-Lausanne

Responsable de la publication:
Service des soins infirmiers
prix Fr. - 2



Relation écoles-stages, quels enjeux ?

Sommaire :

Anne-Marie Maillefer, chargée de mission pour les HES santé social, *Editorial*.

Catherine Matter, ICS, *Relations Ecoles-Stages*.

Roberto Trifiro, étudiant à La Source, *relation étudiant-enseignant, pour un encadrement professionnalisant*.

Regula Baumann, infirmière, *Rapports école-stage*.

Louise Grégoire, enseignante à l'école de Chantepierre, *La collaboration entre l'école e Chantepierre et les stages au DUPA*.

Georges Nicolet, ancien infirmier-chef de Cery, *Chroniques du passé (suite)*.

Jérôme Pedroletti, infirmier clinicien, *Créativité et folie : un regard historique*.

La collaboration écoles-stages a de belles heures devant elle.

L'ouverture en octobre 2002 des premières classes de la HES santé-social stimule la réflexion. La rencontre du 5 septembre organisée par la direction des soins infirmiers du DUPA a offert un reflet enthousiasmant du dynamisme avec lequel se préparent les changements. Réunissant une large palette de soignants et de représentants des écoles engagés dans la formation en soins infirmiers, elle a donné la parole aux principaux acteurs du processus de professionnalisation, sans oublier les étudiants.

Il est réjouissant de constater que le milieu professionnel entend non seulement être partie prenante des mutations importantes qui s'annoncent, mais que chacun individuellement ou dans le cadre des services de soins qui de longue tradition accueillent des stagiaires, s'interroge sur la formation en alternance et les conditions à mettre en œuvre pour faire du stage un temps fort de l'apprentissage débouchant sur la construction des compétences professionnelles.

Le climat de travail, en particulier la solidarité au sein de l'équipe soignante, la relation de confiance entre le référent et l'étudiant, la possibilité pour l'étudiant d'avoir des moments d'analyse et de questionnement accompagnés, mais aussi la qualité des rapports avec l'école, sont relevés comme les ingrédients essentiels d'une alternance qualifiante et d'un cadre propice à l'apprentissage. Leur réunion permet une véritable exploitation de l'expérience acquise en situation de travail réel et favorise une approche intégrative en rupture avec la logique de juxtaposition d'acquisitions pratiques en stage et de



théorie à l'école. En un mot de mieux faire ensemble au profit des étudiants et sans avoir à choisir son camp.

Parce qu'elle va renouveler le partenariat entre les écoles et les lieux de stage, renforcer la reconnaissance mutuelle du rôle de chacun, ouvrir des possibilités de développer des projets communs au bénéfice de la qualité des soins, la formation en HES est une réponse d'avenir. Cette évolution exigeante et nécessaire est sans conteste une promesse d'horizons passionnants, source de satisfaction pour les étudiants, les patients et les professionnels du 3^{ème} millénaire.

Anne-Marie Maillefer.

RELATIONS ECOLES-STAGES

Que peut-on dire de la relation écoles-stages? Je crois que depuis quelques années il y a une volonté de part et d'autre de créer des liens pour faciliter l'application des modèles d'apprentissage.

Se rencontrer permet de se parler, de se connaître, de s'approprier, de communiquer nos préoccupations. L'élaboration des buts de formation passe par le dialogue. Même si nos priorités peuvent être différentes en fonction de notre appartenance, nous avons largement de quoi exploiter des zones communes pour développer notre profession. Les points communs à l'école et au stage sont à mon avis les suivants: le développement professionnel de l'étudiant, la formation et ses contenus, les soins et leur réactualisation, notre identité professionnelle, l'avenir de la profession.

Afin de répartir notre champ d'activité concernant la formation, j'ai tenté de définir nos rôles comme suit:

Rôle de l'école:

- Développement de l'identité professionnelle.
- Développement des sciences infirmières.
- Formation cohérente avec la politique de santé. (prise en compte des demandes des bénéficiaires de soins, extra-hospitalier, coût, prévention, recherche).
- Faciliter l'apprentissage et la socialisation au travail en équipe.
- Donner des moyens d'apprentissage à

l'étudiant.

- Etre acteur de la politique de santé.

Rôle de l'étudiant:

- Participer au développement de la profession et à son identité.
- Développer des connaissances et des compétences.
- Etre un acteur de la politique de santé (qualité des soins, droits des patients, coûts, recherche, etc.).
- Etre acteur de sa formation.

Rôle du stage:

- Prodiguer des soins en cohérence avec la politique de santé (qualité, prévention, extra-hospitalier, coûts, recherche, etc.).
- Développer des moyens pédagogiques pour faciliter l'apprentissage de l'étudiant.
- Etre acteur de la formation des futurs diplômés.

C'est en déclinant ces quelques éléments de nos rôles respectifs que je m'aperçois à quel point les liens que nous entretenons sont communs. Quel que soit notre appartenance, nous avons à apprendre, enseigner, soigner, tenir compte de l'environnement dans lequel nous évoluons.(1)

Théorie et pratique ne sont pas confinées dans des lieux distincts. Les rapports au réel, à l'action, à la réflexion et aux savoirs, différent, certes, selon qu'on mène une activité dans un

milieu de travail ou qu'on l'analyse en prenant de la distance. Pour autant, le "terrain" n'est pas ou ne devrait pas être la seule composante de la formation qui se réfère à la pratique, ni le seul lieu dépourvu de théorie. Une formation professionnelle, même dans le cadre d'une école, est censée se référer constamment à une pratique expérimentée ou anticipée. A l'inverse, dans le cadre du travail, on ne cesse de mobiliser des savoirs théoriques, même s'ils ne suffisent jamais à guider l'action, ou d'en constater les limites ou les lacunes.

En partant de ce postulat, il me semble que non seulement nos préoccupations sont les mêmes mais nos liens sont incontournables. Reste à savoir comment nous pouvons répartir notre tâche face à notre responsabilité dans la formation des étudiants en soins infirmiers. Nos buts sont identiques, nos moyens sont différents, les accès à nos buts se font par des portes d'entrée distinctes.

Pour que la théorie s'articule à la pratique et vice-versa, le principe de l'alternance ne suffit pas. "L'étudiant va sur le "terrain" et revient au centre de formation ce qui ne fait pas forcément appel à une articulation forte, il vit deux vies, travaille avec des interlocuteurs qui ne se connaissent pas, s'ignorent, voire se dénigrent " mutuellement".

Même si pour la plupart nous sommes tous d'accord sur le principe de l'alternance, nos institutions respectives dans leur fonctionnement ont tendance non pas à associer la théorie à la pratique mais à les juxtaposer, voire à les dissocier.

"C'est de la théorie, mais la réalité du terrain c'est autre chose" j'ai souvent entendu ce discours non seulement durant ma formation mais encore fréquemment malgré mes dix ans d'expérience. Que dois-je comprendre de ce discours? Que je ne prendrais jamais conscience de la réalité du terrain et que mon

cas est désespéré? Ou que la théorie ne nourrit pas la pratique mais qu'elle est plutôt considérée comme une empêcheuse de tourner en rond?

Je vais tenter d'aller au delà de ces considérations de type émotionnel pour explorer la piste des enjeux que représentent le développement des connaissances théoriques dans notre profession.

On constate qu'avec le temps les devoirs et les savoirs infirmiers changent. Dans les années 1950 les savoirs consistaient à exécuter des devoirs sans en comprendre forcément le sens (2). Devoirs qui étaient dictés par le corps médical, l'infirmier n'était pas appelé à penser mais à exécuter. Ces devoirs se répercutaient ensuite sur le patient qui n'était lui non plus pas appelé à penser mais à exécuter. Le corps médical était la tête pensante de l'institution de soins.

Un petit livret intitulé "Instructions pour le personnel infirmier" publié en 1911 donnait le descriptif des devoirs de l'infirmier à l'hôpital de Cery, "il fallait couper la viande des patients et je me souviens m'être fait réprimander parce qu'à l'Annexe j'avais donné un couteau à un patient; c'était interdit, il devait manger uniquement avec une cuillère" (A.G.) "De quelle histoire peut-on témoigner quand, pendant toute sa carrière, il n'a été question que de se taire et d'obéir? "il ne fallait pas dire quelque chose, il fallait la boucler"(A.C.)ou "Moi, je ne disais rien, j'étais élève"(P.C.)"Mais il a fallu longtemps se taire, obéir et éviter de prendre des initiatives"(Mme M.H.R) (2)

"La plupart du temps, les patients ne nient pas leur propre agressivité. Souvent, une fois rassurés, ils ont honte de leur attitude et la regrettent. Nous savons que se sont là des manifestations de la maladie et que, derrière des comportements inadaptés, reste l'homme.

Celui qui souffre et, aussi, celui qui soigne. Or l'un et l'autre ont besoin de respect et de sécurité.

Aujourd'hui l'alternative à l'attachement est la formation du personnel soignant à la reconnaissance des facteurs qui déclenchent l'agressivité, qui engendrent l'escalade de la violence et le passage à l'acte. Il importe de savoir rétablir en situation de stress aigu une relation réciproque où chacun se sent respecté " (3)

Si l'on se réfère à l'article de M^{me} Bonvin, aujourd'hui la qualité des soins passe par la formation du personnel soignant. Plus les connaissances sont multiples, plus la palette des réponses est grande. Plus on se pose de questions, plus on ouvre le débat, plus le raisonnement est mis à contribution. On sort alors de la pensée unique, on utilise le doute comme base de travail et on forge son identité dans un monde en évolution. L'infirmier doit faire des liens, analyser, observer, évaluer, prendre des initiatives. Sa propre sécurité et son confort sont des conditions nécessaires pour remplir sa tâche.

Que de changements, non seulement nous devons développer nos connaissances mais en plus nous devons prendre des initiatives et être à l'écoute de nos besoins. Il est loin le temps où la consigne dictait ce que l'on devait faire, on appliquait une règle, point final. Quoique peut-être pas si loin ce temps-là.

Je suis frappée par le discours des responsables de la mise en place des HES "La future formation sera de type universitaire mais centrée sur la pratique" Ne nous laissons pas piéger par notre histoire qui véhicule dans notre profession la culpabilité du développement théorique, sachant que la théorie a toujours appartenu au corps médical, nous avons besoin de chercheurs, de personnes qui écrivent, qui pensent la philosophie des soins infirmiers.

Certains infirmiers reprochent à la nouvelle formation de faire des infirmiers des "petits médecins". Comment interpréter ce reproche? Que les capacités intellectuelles des infirmiers ne sont pas comparables à celles des médecins? Que si les soignants deviennent trop intellectuels, il risque de manquer de main d'œuvre sur le terrain? Que la réflexion tue le sens pratique? Reproche-t-on à la formation de rendre les infirmiers trop compétents?

La comparaison d'une profession à une autre induit de la confusion. Le rôle que nous avons à jouer auprès du patient est distinct de celui du médecin. Que risque-t-on à être performant dans le domaine des soins infirmiers, la conséquence majeure ne peut en être que l'amélioration de la satisfaction du patient, pourquoi l'en priver?

Je pense que nous portons la responsabilité, tant à l'école que sur les lieux de stages, de soigner l'image que nous véhiculons par rapport à notre propre identité professionnelle.

1, Philippe Perrenoud "Articulation théorie-pratique de praticien réflexifs en alternance" texte d'une intervention dans le cadre du colloque "Alternance et complexité en formation" Bordeaux, 16-18 mars 2000

2 "Histoires infirmière" Hôpital psychiatrique de Cery sur Lausanne, 1940-1990 de Claude Cantini et Jérôme Pedroletti avec la collaboration de Geneviève Heller /Editions d'en bas

3 Extrait d'un article du quotidien *LE TEMPS* paru en août 2001 "Attacher des patients en milieu psychiatriques: il faut en finir" Magali Bonvin.

Catherine Matter.

Relation étudiant-enseignant : pour un encadrement professionnalisant.

La pensée que je me propose de partager est issue d'une réflexion que j'ai été amené à réaliser pour la participation à un colloque infirmier qui portait sur le thème de la relation

écoles-lieux de stage. A ce sujet, je profite de l'occasion qui m'est donnée pour dire qu'il m'apparaît essentiel que ce type de débat puisse exister plus régulièrement, car cela favorise la collaboration entre lieux de stage et écoles qui, à mon sens, se doit d'être cultivée pour qu'une formation basée sur l'alternance soit professionnalisante. De plus, je pense que cette culture participe, dans un certain sens, au développement de la profession infirmière puisqu'elle porte sur le processus de professionnalisation. Processus, qui est selon moi le point de rencontre de l'ensemble des façons de penser le métier de soignant, dans le sens où pour parler de ce dernier il me semble indispensable de posséder une identité professionnelle certaine. Celle-ci va influencer le regard que l'on peut porter sur ce processus et ainsi profiler l'orientation que l'on souhaite donner, à l'avenir, au corps professionnel. En d'autres termes, je pense que la manière de penser le processus de professionnalisation a un impact non négligeable sur l'identité professionnelle des soignants de demain. C'est pourquoi, je crois que le fait de débattre de ce processus favorise le développement de la profession.

Ma contribution à ce colloque consistait à donner mon point de vue, en tant qu'étudiant à l'école la Source en quatrième cycle, sur l'encadrement dont j'ai bénéficié lors des mes différents stages et de réfléchir en quoi et comment l'encadrement dispensé, tant par le professionnel du terrain que par celui de l'enseignant clinique de l'école, peut-il être aidant, professionnalisant.

De ce fait, de manière générale, l'ensemble des propos qui vont suivre sera axé sur la relation tripartite école-lieux de stage-étudiant et ce au travers de la relation enseignant-étudiant. La notion d'enseignant comprenant pour moi aussi bien l'acteur du lieu de stage que celui de l'école.

Ce qui a constitué le point de départ de ma réflexion porte sur les sentiments que j'ai éprouvés au regard de mes différentes expériences de formation. Ceux-ci, sont de l'ordre du positif et du négatif. Mais que signifie cette perception dichotomique, qui somme toute se révèle simpliste ? Que se cache-t-il derrière cette apparente simplicité ? Le souci de trouver un sens à ces premières impressions a été, en quelque sorte, le moteur de ma réflexion.

Qu'est-ce qu'un stage professionnalisant ?

Avant toute chose, il me semble bon de s'entendre sur ce qui recouvre ce terme. Un stage est « *professionnalisant dans la mesure où il permet aux étudiants d'acquérir des ressources, d'apprendre à les combiner et ainsi entraîner les compétences nécessaires à la pratique professionnelle* » (Actes de la journée écoles-stage, 1999, p. 7).

L'un des moyens permettant l'acquisition de ces ressources et de s'exercer à leur combinaison, donnant lieu par la même à l'assimilation progressive de compétences professionnelles, est un procédé pédagogique qui se nomme la pratique réflexive. Celle-ci peut-être illustrée par les moments privilégiés entre l'étudiant et l'enseignant dont le but recherché est de « *permettre aux étudiants d'être critiques envers leur prestations, de les faire réfléchir sur les opérations mentales utilisées dans la résolution d'un problème, de capitaliser des expériences utilisables dans d'autres situations, dans d'autres contextes* ». (Actes de la journée écoles-stages, 1999, p.9).

A partir de ces notions là, avec quelque recul, il est possible d'affirmer que tant les expériences de formation que je qualifie de négatives que celles que je dénomme de positives réunissaient les conditions qui font

qu'un stage soit professionnalisant et que toutes m'ont permis de développer des compétences. Le premier écart mesurable que je peux identifier à présent tient dans le fait que les compétences développées au travers des expériences qualifiées de négatives ont été beaucoup plus restreintes que celles que j'ai pu éveiller dans les expériences de stage dites positives. Cependant si un stage professionnalisant équivaut à un stage permettant le développement de compétences, il n'y a alors aucune différence entre ces diverses expériences. Par conséquent, où se situe la discordance ? Comment expliquer ces sentiments opposés que j'éprouve ?

Dès lors, je ressens une certaine tension issue du caractère antinomique qui existe entre mon vécu et la conception à laquelle je me réfère et qui caractérise un stage professionnalisant. Ceci a suscité en moi le désir de donner du sens à cette tension perçue. J'ai décidé de poursuivre ma réflexion en postulant que le vecteur du processus de professionnalisation est avant tout la relation enseignant-étudiant. Et ceci m'apparaît d'autant plus essentiel à relever qu'il s'agit en l'occurrence d'une profession de l'humain.

Je me suis donc intéressé à la relation enseignant-enseigné et plus particulièrement à la conception du rôle d'enseignant. Parmi les nombreuses lectures réalisées traitant de ce sujet, j'ai retenu la conception de Weber.

Conception du rôle d'enseignant/référent :

A ce sujet, Weber, distingue deux manières parmi d'autres de concevoir le rôle d'enseignant :

L'enseignant-répétiteur :

Pour ce dernier, « *le savoir est une entité finie(...). Ce savoir-ci est prêté, non partagé : le savoir à maîtriser est le savoir qu'il maîtrise, il veut en retour le même contenu, le même processus d'acquisition*

du contenu. Le savoir devient raison d'être, constitue la source principale d'autorité. » (2000, p.3).

Cette façon de penser le rôle d'enseignant est issu des courants pédagogiques empiristes et rationalistes. Il place l'étudiant dans une certaine passivité, dans le sens où il n'est pas placé au centre de l'enseignement et qu'il n'est pas considéré comme acteur de son développement. En ce sens, je pense que l'étudiant n'est pas véritablement considéré dans sa dimension humaine.

Car s'il attend le même processus d'acquisition, l'enseignant empêche l'expression de l'individualité, de la singularité de l'étudiant. Dès lors, il me semble que l'on ne peut pas dire que l'étudiant bénéficie d'une attention particulière. Or, le fait d'accorder une attention particulière dans une relation interpersonnelle est à la base même du prendre soin si je m'en réfère à Hesbeen. Alors, comment l'étudiant infirmier peut-il percevoir l'essence même de sa profession si la personne qui est sensée l'aider à développer sa propre identité professionnelle ne lui témoigne pas une attitude, une manière d'être au monde qui s'inscrit dans une perspective soignante ? L'enseignant pourra tout au mieux transmettre une partie de ce qui constitue l'accessoire du soin et qui est, selon Watson, « *l'ensemble des techniques, des protocoles, des terminologies, des modes d'organisation, des lieux de soin(...) utilisés par les infirmières.* » (Hesbeen,1997,p.62). Mais qu'advient-t-il de l'essence du soin qui est « *la démarche interpersonnelle entre l'infirmière et le patient en vue de produire un résultat thérapeutique chez celui-ci* » ? (Hesbeen,1997, p.62)

De plus, il me semble que dans une telle conception du rôle d'enseignant la relation est biaisée, à savoir qu'il existe un rapport de force qui rejoint le pouvoir, l'autorité ; en ce sens la relation devient verticale. L'étudiant est donc objet et l'enseignant sujet.

L'enseignant formateur :

Pour Weber « *ce qui différencie le répétiteur du formateur est un état d'esprit, une manière d'être au monde, et cet état d'esprit sera déterminé par sa conception de l'apprenant et sa conception du savoir.* » (2000, p.3).

Tel que je l'ai compris, pour cet auteur, le savoir, la connaissance est en perpétuel devenir, car elle se constitue, s'élabore au sein d'une relation interpersonnelle dont les qualités premières sont réciprocité et respect d'autrui.

« *L'important cependant n'est pas tant la connaissance que je donne à autrui, mais le retour qu'autrui me renvoie.(...) Confronter alors ces diverses opinions d'un domaine d'enseignement devient une deuxième source de connaissance pour le formateur. La conjonction du savoir donné et du savoir reçu constitue pour moi la connaissance.* »(Weber, 2000, p.4). Ces quelques propos me semblent bien illustrer l'état d'esprit dans lequel se trouve un enseignant formateur. Dans cette perspective, l'étudiant recouvre une dimension humaine, il est considéré comme acteur de son développement professionnel, car je pense, comme le dit Malherbe, que l'être humain est avant tout un être de communication. « *Le fait humain fondamental est la convocation à la parole, l'invitation à se joindre à une conversation dont on n'aurait jamais pu prendre soi-même la première initiative(...)* L'être humain reçoit ainsi d'emblée sa véritable vocation qui est de répondre à la parole d'autrui et de la susciter à son tour ».(1990,p.27-28).

En l'occurrence, si pour la construction de notre identité personnelle cette convocation à la parole nous provient de nos parents, de notre entourage proche, je pense que pour ce qui touche à la construction de notre identité professionnelle, l'invitation à se joindre à l'élaboration de cette entité doit être initiée par l'enseignant.

Il est alors permis de penser le rôle de l'enseignant dans une perspective du prendre

soin tel que le décrit Hessbeen, qui est pour lui « *cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide(...)* »(1997, p.8) . dans le sens où le formateur porte une attention particulière au travers d'une relation basée sur la parole qui est , « *à la fois, le but, le lieu et le moyen de la réciprocité...* » (Malherbe,1990, p. 28). Ainsi, de par sa façon d'être l'enseignant offre à l'étudiant l'opportunité de capter, de percevoir l'essence du soin et lui permet également de donner sens à l'accessoire du soin. Il l'accompagne dans son développement professionnel et lui permet de conjuguer l'accessoire à l'essence.

Si je prends le temps de m'arrêter un instant sur les éléments que je viens d'exposer jusqu'à présent, je peux avancer que ceux-ci m'aident à donner un sens aux sentiments opposés que j'ai pu éprouver au regard de mes diverses expériences de formation. Dans les expériences que je qualifie de négatives et qui selon moi ont été moins professionnalisantes, j'ai été en relation avec des enseignants répétiteurs. Alors que dans celles que je dénomme de positives et qui m'ont permis de développer un éventail beaucoup plus large de compétences, les personnes rencontrées s'inscrivaient dans la perspective de l'enseignant formateur. Toutefois, j'aimerais nuancer quelque peu ces propos : en pensant uniquement de la sorte je me retire de la relation enseignant-enseigné. Or, pour qu'une relation pédagogique soit porteuse d'un développement professionnel, si la présence d'un formateur est indispensable, il faut avoir à l'esprit que l'étudiant doit également occuper une partie de cet espace relationnel. Espace qu'il peut habiter sur un mode passif ou actif, en étant objet ou sujet au sein de cette dynamique. Il faut donc que ce dernier souhaite s'inscrire dans cette relation en tant que sujet, acteur du processus auquel il participe et non en tant



qu'objet passif. Ce qui nécessite de sa part un cheminement intérieur certain, parfois douloureux et qui l'amène à évoluer dans sa manière d'être au monde.

Qu'est-ce que j'en retire ?

Considérant la profession infirmière comme étant un art, dans le sens où elle induit à chaque fois une élaboration complexe, une création unique qui est intimement liée à la singularité de la situation de vie rencontrée par l'artiste-soignant, et dont l'instrument premier est la capacité à être en relation afin d'accompagner la personne soignée, l'enseignement de cet art doit être axé sur l'immatériel. Conscient que l'essence et l'accessoire du soin sont indissociables, il n'en demeure pas moins que l'immatériel transcende le matériel. Car c'est la nature immatérielle du soin qui donne sens aux actes. De ce fait, l'enseignant doit permettre l'éveil de l'enseigné à cet aspect du soin. Il doit favoriser la prise de conscience de ce qu'est l'art de soigner car à mes yeux il est comme la pluie, qui, sans être responsable de la végétation, est toutefois nécessaire à la croissance des plantes. Pour susciter cet éveil, il est indispensable que le maître témoigne à son disciple une « attention particulière », car une relation pédagogique conçue dans une telle perspective, si elle est professionnalisante dans un premier temps, induit par la suite chez l'apprenant un savoir être en relation qui permet à la relation de devenir thérapeutique. Pour ce qui est du professionnalisme, je pense que celui qui voit l'inaction dans l'action et l'action dans l'inaction, celui-là se distingue par son professionnalisme et bien qu'engagé dans toutes sortes d'actes, il s'insère dans l'art de soigner. Car l'agir dépasse de loin le visible.

Bibliographie

Ouvrages :

Hesbeen, W. *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : InterEdition, Masson, 1997.

Malherbe, J.-F. *Pour une éthique de la médecine*. Bruxelles : Edition Ciacco, 1990.

Articles de revues :

Acte de la journée Ecoles-Stages du 26 novembre 1998. « *Alternance et professionnalisation* ». Lausanne, 1999.

Weber, D. *Apprivoisement, dévoilement et risque*. In : *Perspective soignante*, 2000, No 8.

Roberto Trifiro.

Rapports écoles-stages : une expérience collective.

J'ai proposé à C. Matter ma contribution à ce colloque à thème sur les rapports Ecole-Stage car j'avais envie de profiter de cet espace pour partager mon vécu en tant que référente de stage et aussi animatrice du groupe des étudiants de l'unité Minkowski.

Mon expérience dans ce domaine n'est pas unique en soi puisque la plupart d'entre nous exerce ce rôle de répondant auprès des étudiants et qu'ils se reconnaîtront certainement dans mes propos. Je me fais donc somme toute le porte parole d'une expérience qui nous est commune.

Dans un premier temps, je me suis demandée par où et par quoi j'allais commencer puisque mon histoire avec les étudiants et les différentes écoles de soins infirmiers date de 1983, lorsque j'ai débuté mon activité professionnelle au Centre-psycho-social de Lausanne.

J'ai donc eu l'occasion de rencontrer beaucoup de stagiaires et de collaborer avec plusieurs enseignants des différentes écoles en soins infirmiers; de vivre aussi la fin des écoles d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie avec la mise en place du nouveau programme de formation en soins infirmiers. J'ai aussi eu l'occasion de participer à des sessions organisées par les différentes écoles de soins infirmiers à l'intention des partenaires de stages où il était surtout question de l'encadrement des étudiants.

Du qu'est-ce que ?

Du pourquoi ?

Du comment ?

Du quand ?

Du quoi ?

Du ce n'est pas ou c'est plutôt...

Tels ne seront pas mes propos aujourd'hui quoiqu'un peu toutefois. En effet, il me tient à cœur de relever les facteurs qui se conjuguent dans ce contexte particulier qu'est le stage. Facteurs dont nous reconnaissons certes l'importance mais auxquels nous ne sommes pas forcément toujours attentifs.

Je vais donc vous présenter ceux auxquels j'ai été le plus sensibilisée jusqu'à présent dans l'encadrement que j'offre aux étudiants.

Si aujourd'hui, chaque étudiant construit un plan de formation qui tient compte de ses intérêts, tous n'ont par contre pas choisi délibérément de faire un stage en milieu psychiatrique puisque celui-ci fait partie des exigences déterminées par les prescriptions de la CRS pour l'obtention du diplôme d'infirmières et d'infirmiers généralistes.

Parmi les étudiants qui font un stage en psychiatrie, il y a ceux qui projettent plus ou moins de travailler après leur formation en psychiatrie et qui ont déjà fait pour certains, un stage dans ce domaine ; il y a ceux qui désirent s'orienter vers d'autres spécialisations et ceux qui n'ont pas encore pris une option.

Mon expérience m'a montré que ce n'est pas forcément l'orientation donnée par l'étudiant à son futur parcours professionnel qui le «qualifie» durant son stage. En effet, l'émergence de ses compétences dépend aussi des conditions qui ont influencé sa trajectoire personnelle et celle liée à son apprentissage. Je pense à son vécu face à sa formation théorique et pratique, à la transférabilité possible de ses connaissances sur le lieu de stage et de la manière de concilier son propre système de valeurs ainsi que ses idéaux avec la réalité.

La mobilisation possible de ses ressources va aussi dépendre d'un autre facteur qui est lié à son environnement ici et maintenant. Je pense en particulier à son environnement professionnel. En effet, les étudiants sont aussi sensibles à d'autres spécificités humaines qui touchent au climat de travail dans lequel ils évoluent, à la connivence ou à la solidarité par exemple qui règne entre collègues, à l'accueil qui leur est fait et à la relation de confiance qu'ils peuvent établir avec leur référent de stage et l'équipe soignante. *J'ai rencontré des étudiants qui, s'appuyant sur une expérience douloureuse m'ont demandé d'entrée de jouer franc jeu avec eux en mettant cartes sur table au fur et à mesure que j'aurais des remarques à leur faire. Cet exemple illustre l'impact sur les étudiants des aléas auxquels ils ont dû faire face durant leur stage et c'est plus souvent selon eux, les professionnels qui les encadraient qui leur ont posé problème que l'approche elle-même des patients.*

De se sentir intégré au sein d'une équipe et non pas seulement une charge pour celle-ci, participe à leur épanouissement tant professionnel que personnel. Même les étudiants les plus «méfiants» face à un stage en milieu psychiatrique témoignent de l'importance d'un encadrement bienveillant qui leur a permis de reconsidérer leur propre représentation à l'égard de la psychiatrie.

Il va de soi que notre travail auprès des patients, notre manière de les approcher, notre savoir, notre curiosité ou encore notre enthousiasme les influencent aussi beaucoup.

A propos de sa trajectoire personnelle, il est important aussi d'être attentif à ce qu'il vit ici et maintenant. Il ne s'agit pas de s'immiscer dans la vie privée de l'étudiant et de jouer le rôle du thérapeute mais seulement d'être à son écoute s'il en ressent le besoin ou simplement s'intéresser à son vécu si nous le sentons préoccupé.

Il arrive en effet parfois que des étudiants se sentent stressés à l'approche des examens ou par des travaux à effectuer pour l'école qui exigent souvent un investissement personnel supplémentaire en dehors de celui exigé par le stage. Il arrive aussi des étudiants pour qui « tout ne baigne pas dans l'huile » si je puis m'exprimer ainsi, qui doivent aussi faire face aux aléas de la vie et même traverser une crise existentielle liée à des remises en question personnelles, à une situation de deuil ou à d'autres événements à lourde charge affective sans parler de la confrontation à la maladie mentale avec tout ce que cela comporte de remuant, notamment en termes d'identification et de projection, n'est pas chose facile à gérer. Et que dans ce sens, il ne va pas de soi pour eux de s'engager pleinement durant leur stage, autrement dit, de se rendre disponible comme ils le souhaiteraient. C'est la raison pour laquelle, il est de notre devoir, d'évaluer avec eux les possibilités d'adapter les objectifs du stage, de voir comment nous pourrions les soutenir pour qu'ils puissent les atteindre malgré tout et aussi de réfléchir dans quelles mesures nous pourrions alléger certaines contraintes liées au stage compte tenu du contexte dans lequel ils se trouvent. Dans d'autres circonstances, il s'agira peut-être de les appuyer s'ils demandent un break ou de le leur proposer si nous l'estimons nécessaire, pour ne pas préteriter leur formation ou hypothéquer une carrière professionnelle possible.

Ceci m'amène aux rapports que nous entretenons avec les différentes écoles de soins infirmiers et en particulier avec les enseignants. La collaboration avec les écoles s'est intensifiée avec la mise en place du nouveau programme de formation. Nous avons en effet été à plusieurs reprises sollicités pour participer aux différents groupes de travail mis sur pied par les écoles autour du rôle de chacun des partenaires cliniques dans la formation, sur les procédures et sur les modalités d'examen de diplôme ou encore sur le programme de formation lui-même et sur la mise en place ou l'ajustement d'outils d'évaluation et de documents liés aux stages. Aujourd'hui, nos réflexions portent sur la construction de la future HES Santé-social.

Il est donc indispensable, que nous soyons associés à ces différents groupes de travail puisque les nouveaux programmes seront orientés sur l'apprentissage des compétences professionnelles qui s'acquièrent en grande partie en stage.

Pour en venir aux enseignants, mon expérience m'a montré la pertinence d'une cohésion pédagogique entre l'enseignant clinique et le référent de stage si nous voulons offrir à l'étudiant les meilleures conditions possibles pour profiter de son expérience sur le terrain et en tirer des enseignements.

Cette cohésion s'appuie avant tout sur la reconnaissance mutuelle des compétences et des rôles mais aussi sur la mise en commun des attentes réciproques. Le fait de s'apprécier en tant que personne et le plaisir que nous éprouvons à collaborer ensemble, sont aussi des qualités précieuses pour tendre vers cette synergie qui finalement est à l'avantage de chacun des intervenants mais aussi de l'étudiant. En effet, il n'est pas acceptable que ce dernier ait à souffrir d'une problématique conflictuelle entre son enseignant clinique et son référent de stage et encore moins à devoir jouer un rôle d'intermédiaire entre ces deux représentants.

Michel Villette, Docteur habilité en sociologie, actuellement maître de conférences à l'ENSIA (Ecole nationale supérieure des industries alimentaires) à Paris, dans un de ses ouvrages intitulé

«*Guide du stage en entreprise*» définit 5 buts possibles pour un stage.

1. S'adapter au milieu de travail auquel on est professionnellement destiné.
2. Rendre un service à l'entreprise d'accueil.
3. Se faire embaucher par l'entreprise en fin de stage ou, au moins, pouvoir inscrire une bonne référence sur son curriculum vitae.
4. Appliquer un savoir scientifique ou technique appris à l'école.
5. Réaliser un travail de recherche sur le terrain.

Pour l'auteur, s'adapter est une nécessité et non un but en soi, de même que rendre un service qui somme toute est normal si l'on considère que l'étudiant peut apporter une contribution à ceux qui l'accueillent. Il met surtout l'accent sur les points 4. et 5. , c'est-à-dire de faire de l'application, je cite «un test de pertinence», qui l'amène directement au but principal, celui de réaliser un travail de recherche qui, selon lui, est le seul des buts qui vaille la peine d'être poursuivi. Il pense en effet, que le stagiaire a tout intérêt à, je cite : «adopter une attitude de recherche vis-à-vis des savoirs professionnels qu'il rencontre pour la première fois. Cette attitude réflexive lui évitera d'adopter sans précaution des savoirs dont la validité peut être locale et momentanée».

Si l'art est de pouvoir concilier au mieux ces buts en tenant compte du contexte du lieu de stage, des exigences de l'école et des objectifs que l'étudiant se fixe ou encore des priorités qu'il détermine, il y a cependant un

point sur lequel je désire m'arrêter qui concerne l'embauche.

Je pense que nous avons dans ce sens un rôle important à jouer auprès des étudiants dans la mesure où nous participons aussi au choix d'une orientation professionnelle possible et selon les marques que le stage laisse sur les étudiants, on peut soit les confirmer dans leur choix ou nourrir des vocations pour les soins en milieu psychiatrique soit les en dégoûter pour toujours. En effet, à partir d'une expérience positive, il n'est pas rare que des étudiants, même certains qui s'étaient montrés quelque peu réticents au départ, nous sollicitent au terme de leur stage pour un poste dans notre unité par exemple ou ailleurs dans le secteur psychiatrique, une fois diplômés. De telles demandes sont gratifiantes pour nous et démontrent une reconnaissance pour le travail que nous faisons auprès des patients, sans compter leur vécu qu'ils vont partager avec d'autres professionnels dans d'autres secteurs de la santé et ainsi contribuer à améliorer l'image des soins psychiatriques et de la psychiatrie en général mais aussi à optimiser l'approche relationnelle dans les soins somatiques.

Nous sommes aussi à quelque part concernés par le recrutement des infirmiers dans la mesure où, de part notre rôle auprès des étudiants, nous sommes bien placés pour repérer ceux qui présentent les qualités requises pour travailler dans ce domaine particulier qu'est la psychiatrie et dès lors, les encourager à postuler dans notre institution ou tout au moins leur signifier cette possibilité-là. En effet, même si la préparation de la relève n'est pas l'objectif principal d'un stage, nous ne pouvons pas faire fi de l'opportunité qui nous est donnée par certains étudiants en ce qui concerne le recrutement du personnel et de les signaler aux cadres de l'institution.

Groupe des étudiants,

Depuis 1998, j'anime avec une collègue infirmière un groupe destiné aux étudiants des différentes écoles de soins infirmiers qui sont en stage dans l'unité Minkowski. Cette offre s'est étendue aux étudiants de la STAH (Section des troubles anxieux et de l'humeur) sur son versant ambulatoire du fait que nous partageons avec son infirmier, M. Maxime Sorel une spécificité ambulatoire.

Ce groupe existe depuis 1991 et a été initialement créé par Mme Monique Perraudin alors infirmière à la policlinique. Il s'adressait à l'ensemble des étudiants en stage à la policlinique et répondait à leur besoin d'un espace où partager leur vécu émotionnel lié à la prise en charge des patients.

Aujourd'hui, j'anime ce groupe avec Agnès Maire qui exerce son activité dans l'unité Minkowski sur son versant hospitalier.

L'objectif de cet espace est toujours le même, à savoir que ce sont les étudiants qui amènent les situations qu'ils désirent explorer au sein du groupe. Le but n'est pas tant que les étudiants acquièrent des compétences, améliorent leur pratique ou résolvent un problème d'apprentissage mais plutôt fassent l'expérience d'exprimer leurs sentiments et leurs questionnements sur l'expérience qu'ils vivent et d'en débattre dans le groupe ailleurs qu'à l'école.

Ce procédé de mise en commun permet aux étudiants de discuter des différentes manières d'appréhender une situation donnée sur le lieu de stage et de s'ouvrir aux différentes solutions possibles face aux problèmes qu'ils rencontrent. C'est aussi pour eux l'occasion de réfléchir sur les raisons qui les ont fait ou feraient agir de telle ou telle façon et ainsi les encourager à se poser des questions sur les différents postulats qui sous-tendent leur pratique.

Pour la majorité des étudiants, il s'agit du premier stage en milieu psychiatrique. S'ils ont, disent-ils, une idée sur ce qu'aider veut dire, s'ils connaissent le processus et les objectifs de la relation d'aide, ils expriment

par contre un certain désarroi face à quelqu'un qui présente un trouble psychique. Ils attribuent cette difficulté à leur manque d'expérience dans les soins psychiatriques, à la complexité et à leur propre représentation de la maladie mentale, au peu de support théorique reçu en la matière mais surtout à leur peur de faire du mal au patient en n'adoptant pas une attitude suffisamment thérapeutique à son égard. Du fait que les problèmes des patients auxquels ils sont confrontés relèvent davantage du savoir être que du savoir faire, ils estiment que la notion de nuisance est plus présente dans les soins psychiatriques que somatiques.

Beaucoup de questions tournent donc autour du comportement à adopter ou de la réponse à donner suivant l'état du patient et selon ce qu'il exprime mais aussi autour de leurs propres sentiments liés aux situations qu'ils rencontrent.

Ils sont aussi préoccupés par les causes d'une maladie comme la schizophrénie. Comment une telle maladie est-elle possible ? – Par quels phénomènes peut-on perdre le contact avec la réalité ? sont des questions qu'ils se posent. Ils sont aussi particulièrement interpellés par les jeunes patients qui débutent dans la maladie et par les conséquences de celle-ci sur leur trajectoire de vie.

Ils évoquent aussi l'aspect quelque peu déstabilisant d'un stage en milieu psychiatrique qui leur permet de faire une expérience et qui influence dès lors leur façon de se voir et de voir les choses. De réaliser que leur vécu et les questions y relatives trouvent écho dans le groupe les rassure et leur permet aussi de se sentir moins seul dans cette aventure, dont l'importance ne peut laisser tout à fait indemne. Les prises de conscience qu'une telle situation inspire justifient un tel espace, qui représente aussi disent-ils, une sortie, une récréation et enfin une coupure dans la semaine en-dehors du lieu de stage afin de ventiler les événements auxquels ils ont été exposés et qui leur a été donnés d'observer.



Nous sommes conscients que les étudiants des écoles de soins infirmiers en stage dans les différentes unités du DUPA ne bénéficient pas tous d'un tel espace et nous sommes souvent sollicités par les étudiants eux-mêmes à ce propos. C'est la raison pour laquelle, nos réflexions portent aussi aujourd'hui sur l'opportunité d'élargir cette offre à l'ensemble des étudiants infirmiers en stage dans le DUPA et ce d'autant plus qu'ils nous disent en profiter beaucoup et n'avoir pas cette possibilité dans d'autres lieux de stage.

Conclusion

Il y a des étudiants avec qui le contact va plus de soi qu'avec d'autres ou que nous « sentons » mieux que d'autres ou encore qui se rapprochent plus de nos fibres que d'autres et avec lesquels nous souhaiterions collaborer. Il y a ceux qui nous marquent davantage et dont nous nous souvenons mieux que d'autres. Il y a ceux qui font un passage plus discret, d'autres encore dont nous nous remettons au travers une anecdote plus significative ou qui nous ont frappé par une expression ou un trait de caractère plus particulier ou par un look plus singulier par exemple. C'est une réalité.

Faire connaissance, aller à la rencontre d'une nouvelle personne toutes les dix semaines environ n'est pas toujours une perspective évidente pour moi. En effet, à peine l'étudiant intégré à notre lieu de travail, à peine a-t-il acquis une certaine autonomie qu'il nous quitte pour d'autres expériences et le temps passé pour accueillir l'étudiant et l'initier à nos pratiques, il va falloir le réinvestir pour quelqu'un d'autre. C'est aussi une réalité.

Cela dit, les étudiants ne nous prennent pas seulement du temps et de l'énergie. Bien au contraire. Mon contact avec eux, me montre qu'ils m'apportent aussi beaucoup dans la mesure où ils représentent des interlocuteurs hors pair. De par pour certains déjà, leur

expérience dans d'autres situations de stage, de par leur enthousiasme et leur intérêt pour la formation et en particulier pour la psychiatrie, de par la fraîcheur et la pertinence de leur propos et de leur interrogation et enfin de par leur formation et leur savoir aussi, ils participent à la construction de mon identité professionnelle en m'interpellant dans ma pratique quotidienne, en m'obligeant à repenser certaines habitudes et certitudes professionnelles et en stimulant ma curiosité

Regula Baumann.

La collaboration des écoles de Chantepierre et les stages au DUPA.

Le lien entre le DUPA et les Ecoles de Chantepierre sont de différents niveaux. D'une part, La direction des deux institutions pour les conventions de stage et le nombre d'étudiants. D'autre part, les enseignants intervenant dans les lieux de stage et les équipes représentées par les référents de stage pour l'encadrement des étudiants.

Pour mes collègues et moi-même, de façon générale, les relations entre les enseignants et les lieux de stage (référents, ICUS...) ne présentent pas de difficultés ou de problèmes particuliers.

J'encadre actuellement de façon régulière le CTPJ (Centre Thérapeutique Psychiatrique de Jour à Sauvabelin) et le CITB (Centre d'Intervention Thérapeutique Brève, à Nestlé). Ponctuellement, j'interviens en milieu hospitalier pour différentes raisons pédagogiques, organisationnelles et/ou structurelles.

Pour ce qui découle de mon expérience personnelle, les relations avec ces lieux de stage sont satisfaisantes et j'ai toujours beaucoup de plaisir à m'y rendre.

Les modalités de fonctionnement de l'encadrement des étudiants sont respectées, les rencontres tripartites sont mises en place, le temps imparti est en général respecté.

En fait, je pourrais dire un peu laconiquement : « Ca va bien, il n'y a pas de problèmes » Ce qui est vrai et cependant incomplet. Ce «Ca va bien» pourrait indiquer un type de relations superficielles et sous-entendre que nous ne rencontrons jamais de difficultés ou de problèmes de communication ou d'organisation. Ce qui n'est pas le cas.

Au contraire, il me semble que les stages et moi nous nous côtoyons dans un environnement de respect mutuel, en tenant compte des impératifs de chacun des lieux d'apprentissage.

Nous cherchons ensemble à mettre en évidence les éléments complémentaires qui nous lient tout en respectant la spécificité de chacun des lieux de d'apprentissage.

Lorsque des situations nous semblent mettre en évidence un mode plus flagrant de contradictions ou d'incompréhension, ces problèmes sont mis en discussion. Ces «mises à plat» ont permis de trouver des solutions satisfaisantes. Des régulations interviennent régulièrement de façon informelle.

Deux exemples :

- La restructuration au CTPJ : plusieurs discussions entre nous ont amené une décision de nos directions à suspendre le stage pendant quelques mois.

- Au CITB, plusieurs changements sont intervenus depuis l'ouverture et ont nécessité plusieurs discussions et régulations. Changement du rapport de stage, changement dans l'encadrement des étudiants. Au mois d'août dernier, une rencontre formelle est organisée entre le stage et moi, permettant à chacun de s'exprimer par rapport au déroulement des examens et des enseignements cliniques. Cette

rencontre a apporté son lot de satisfactions et de questionnement et décision a été prise de se revoir une fois l'an de façon formelle.

En somme, ce qui me semble le plus important est notre capacité mutuelle à nous parler, à provoquer des rencontres formelles ou informelles pour trouver des solutions aux différentes situations que nous rencontrons.

Cette capacité de nous parler sera un atout important et une force qui ne pourra que nous être utile dans la construction des futures HES.

Louise Grégoire.

Chroniques du passé :

Une soirée dansante à Cery

En son temps, en plus des séances de cinéma, nous organisons de temps en temps une soirée dansante pour les malades. Celle qui clôturait la Fête des Cerises était la plus fréquentée. Elle était animée bénévolement par trois musiciens de la ville de Lausanne qui éprouvaient le besoin de se désaltérer ; ainsi, pour leur retour en ville ils faisaient appel à un taxi car disaient-ils : « Qui boit ne conduit pas »

D'autres fois, nous dansions sur des musiques de disques, bien servies par de bons et un puissant haut-parleur, dans les deux grandes salles de la division A, celle des femmes.

Environ deux cent malades, parfois plus, participaient à ces soirées. Ils arrivaient vers 20 heures, accompagnés des membres du personnel qui offraient leur temps libre et contribuaient à la bonne humeur de tous. La tenue de travail était mise de côté au profit d'une tenue de ville plus seyante.

Il me souvient d'une fois, peu avant de commencer, j'avais entendu un sacré chahut dans la salle voisine ; avant que j'intervienne un malade s'était déjà interposé et je l'ai entendu vertement rabrouer ceux qui se proposaient de perturber la soirée : « Vous n'allez pas foutre en l'air notre soirée, si vous n'êtes pas contents, allez vous coucher et foutez-nous la paix s'il vous plaît ». L'incident était clos et ouvrait une magnifique soirée, avec une excellente ambiance qui déteignait très vite sur les malades les plus réservés. C'est ainsi que l'un d'entre eux qui était venu en pantoufles, uniquement pour faire plaisir à son infirmière, avait demandé d'aller mettre ses chaussures pour pouvoir danser comme tout le monde.

Un autre se posait la question de savoir, en l'absence d'uniforme, s'il avait dansé avec une malade ou une infirmière.

Les masques de la maladie s'évanouissaient, s'éloignaient comme la mer à marée basse ; c'était le moment de faire vraiment connaissance avec les gens que nous soignons.

À minuit, certains patients demandaient encore une dernière danse avant que chacun aille se coucher.

Petit concert

Otto est un malade originaire de Suisse alémanique, qui a fait des études de chant à Munich. Lors de son hospitalisation il a rencontré un malade, pianiste de profession. A la demande du médecin, ils préparent un concert pour les malades en répétant un programme qu'ils ont élaboré ensemble.

La seule condition qu'Otto pose est qu'une doctoresse qu'il dit détester n'assiste pas au concert.

Le concert commence, la doctoresse excrécée entre, mais les musiciens sont tellement concentrés sur leurs partitions qu'ils ne la remarquent pas.

Alors qu'avant il était toujours sur ses gardes, sa serviette abritant ses papiers personnels sous le bras, désormais, réjouit d'avoir fait plaisir aux autres malades, il laisse sa serviette en division et noue des liens de confiance avec son entourage.

Georges Nicolet.

Exposé présenté lors de la journée que le GRAAP a organisé à Cery le 27 septembre 2001.

Créativité et folie : un regard historique.

« Se brosser les cervules au dentifrice du rêve » J.

M. Bragard, in Les Fous littéraires.

Introduction

D'autres, à Lausanne, seraient mieux à même d'éclairer ce débat, Michel Thevoz, ancien directeur du musée de l'Art Brut, Lucienne Peiry sa remplaçante, Florence Choquard Ramella qui travaille sur les écrits des patients, Mme Porret- Forel, biographe d'Aloyse, ou encore dans la dimension historique que nous abordons ici, Vincent Barras et Jacques Gasser de l'Institut romand d'histoire de la médecine.

Après cet avertissement, nous aurions du mal à accréditer l'idée que nous en saurions plus que vous, mais il nous semble que c'est mieux ainsi.

Ce qui est proposé ici est de vous raconter, à partir des lectures que ce sujet a sollicité, les différentes approches des rapports conflictuels, pacifiques ou distanciés de ces deux concepts, Créativité et Folie, à travers l'histoire de la psychiatrie. Ce survol pourrait probablement être partiellement invalidé au regard de lectures plus érudites.

Naissance de la clinique

Différent d'une approche philosophique, conceptuelle, nous avons souhaité traiter cette question à partir des expériences historiques qui ont jalonné l'émergence puis l'affirmation progressive de la psychiatrie. Eclairage monographique qui s'enrichirait d'autres points de vues mais qui présente l'avantage de tenter de suivre pas à pas la naissance de l'expression des « aliénés » accompagnée des questions qu'elle posait à la fois aux aliénistes et aux écrivains.

En effet ce n'est peut-être pas tout à fait un hasard de constater que Pinel et Sade sont contemporains. A l'origine de la naissance de la clinique aliéniste, nous trouvons déjà cette triple dimension du clinicien, de l'écrivain et de l'interné - Sade cumulant les deux pour des raisons politiques de l'époque. Le premier à la Salpêtrière, le second à Charenton, ils formeront les premières compréhensions d'un monde nouveau qui venait de trouver sa forme architecturale, l'asile des fous. Il n'est pas indifférent de retenir, dès cet instant, que le *fou*, Sade, en l'occurrence, laissera à la postérité psychiatrique la figure clinique du sadisme, afin de mieux saisir la façon dont cette trilogie pourra fonctionner, sans nécessairement que ses auteurs en comprennent la dimension.

Les curiosités

L'apparition des aliénistes et de leurs institutions a suscité une curiosité sociale importante dès le début du XIX^e siècle; nous retrouverons un phénomène identique au moment de la naissance de la psychanalyse au début du XX^e. Le *traité médico-philosophique* de Pinel est publié en 1800 et *la science des rêves* de Freud en 1900. Ces deux ouvrages alimenteront les

préoccupations des écrivains réalistes au XIX^e, des surréalistes au XX^e.

Nous assistons chaque fois à des échanges entre les artistes et les cliniciens ; c'est à la fois les « Fantasias de l'hôtel Pimodan » qui voyaient se rencontrer Esquirol, Baillarger, Brière de Boismont avec Balzac, Nerval et Baudelaire et plus tard le courrier échangé entre Breton et Freud. Il n'est d'ailleurs pas dit qu'ils se comprennent tout à fait. Freud écrit même en 1932 à Breton : « Je ne suis pas en état de me faire une idée claire de ce qu'est et de ce que veut votre surréalisme. Peut-être n'ai-je pas du tout à le comprendre, moi qui suis éloigné de l'art. » (Oeuvres complètes, t.XIX, PUF, 1995, p.309).

Il est étonnant de voir comment le thème de la folie devient incontournable ; que nous citions *le journal d'un fou* de Gogol (1835), *les mémoires d'un fou* de Flaubert (1838, Flaubert a 17 ans) ou encore le *Louis Lambert* d'Honoré de Balzac (1846) ; chacun à sa façon essaie de rendre lisible un phénomène énigmatique, chacun dessine une étiologie particulière de l'aliénation ; ainsi Balzac écrit : « Louis Lambert devenait un grand génie qui, pour les hommes vulgaires, semble arriver à la folie ».

Au tournant du XX^e, ce sera, dans la technique même de l'écriture que les écrivains lieront leur sort à celui de la psychanalyse avec l'invention de l'écriture automatique.

La dégénérescence

Après cette période d'ouverture des écrivains aux curiosités du champ aliéniste, seulement contrariée par les rapports difficiles de Nerval avec son médecin aliéniste, le Dr Blanche, la psychiatrie va chercher à imposer son savoir récent en passant toute manifestation humaine dans la moulinette d'une explication simple. En 1864 sort un livre, *L'homme de génie*, d'un médecin italien, Cesare Lombroso, qui va trancher dans le débat sur la proximité du génie et de la

folie. « Ainsi les géants de la pensée expient, par la dégénérescence et par les psychoses, leur grande puissance intellectuelle. Et c'est pour cela que les signes de la dégénérescence se rencontrent encore plus souvent chez eux que chez les aliénés » (p.XX). Les fameux signes décrits par Lombroso, feraient passer n'importe qui pour dégénéré puisqu'il suffit de quelques traits corporels tels que le volume du crâne, la petitesse, la stérilité, le mancisme (écriture de la main gauche), poids et surface du cerveau, et de quelques comportements, somnambulisme inconscience, vagabondage, pour accréditer de votre dégénérescence. Large porte dans laquelle les aliénistes de l'époque vont s'engouffrer, fiers de leur nouvelle science ils vont épinglez les écrivains les plus en vue, poursuivant cette idée présente dans la clinique qu'on ne peut écrire sans vouloir cacher un trouble profond. C'est ainsi que Victor Hugo était un mégalomane, Balzac un maniaque ambulatoire, pour le Dr Cabanès, Musset, un dégénéré supérieur pour le Dr Odinet, Flaubert, un hystéroépileptique pour le Dr Grasset. Pour être plus explicite encore cette caricature de Baudelaire par l'auteur italien : « Il nous apparaît dans le portrait placé en tête de ses oeuvres posthumes comme le type véritable du fou possédé de la manie des grandeurs : allure provocante, regard de défi, contentement extravagant de soi-même. Il descendait d'une famille de fous et d'excentriques.(p.92). Nous pouvons nous poser la question des iconographies contemporaines, supports des publicités des laboratoires pharmaceutiques, qui utilisent les tableaux de Van Gogh pour vendre leurs produits en même temps qu'elles structurent un certain regard sur la folie supposée d'un tel ou d'un tel ; il est vrai qu'Artaud est beaucoup moins photogénique. La veine d'inspiration semble à travers le temps relever de la même simplification outrancière, des mêmes raccourcis qui construisent le fou comme corporellement reconnaissable.

Ecrits et dessins des patients : la traversée du désert

Qu'on ne pense pas que ces modèles cliniques soient sans conséquence sur le regard que les aliénistes portaient sur les travaux des patients. D'abord, l'écrit de l'aliéné, aussi difficile qu'ait été sa possibilité ne constitue pour le médecin qu'un des éléments du diagnostic ; diagnostic posé à des fins médico-légales ou thérapeutiques. Les critères d'évaluation d'un écrit sont alors déterminés par les traités de rhétorique et tout manquement à ces règles induira le soupçon du dérèglement mental. Puis, petit à petit, à la fois à travers la curiosité de certains et aux talents individuels ou collectif des autres, l'écrit ou le dessin vont acquérir un droit d'existence autonome. Dès 1835, Charles Nodier publie une *Bibliographie des fous et quelques livres excentriques* ; plus tard, deux livres, publiés en Angleterre viendront pérenniser cette dimension, *L'histoire littéraire des fous* de Delepiere (1860) et *La littérature des aliénés* de North Peat (1863).

Les premiers bulletins collectifs des patients naissent en Angleterre à Bedlam dès 1823 (*Sketches in Bedlam or characteristics traits of insanity*) ; ils seront suivis d'autres dont le *Glaneur de Madopolis* à Charenton qui se présente ainsi :

« La route de Madopolis n'est point une chaussée avec son empressement, ses fossés et ses accotements ; c'est une route sphérique, grande comme la terre, épaisse comme la hauteur de la plus grande des pyramides d'Égypte.

C'est en naissant qu'on entre sur la route de Madopolis, c'est en mourant qu'on en sort.

Chose bizarre, c'est peut-être en dormant qu'on y chemine le plus vite, et c'est souvent quand on s'en doute le moins qu'on franchit les portes de cette ville célèbre.

Madopolis est habité par des hommes et des

dames : c'est une grave erreur que celle qui court le monde, d'après laquelle Madopolis serait habitée par des hommes tombés de la lune. C'est bien plus en dehors de Madopolis que dans ses murs qu'on pourrait trouver des lunatiques. La route de Madopolis en fourmille. Pauvres gens ! Ils s'en vont, ils viennent vers nous ! Si nous y reportions nos souvenirs, au milieu des lunatiques nous nous y verrions venir, Ô Madopolitains, Ô Madopolitaines.. ».

Enfin certains seront publiés aux USA dans *l'American journal of insanity* et dans la presse argentine sous la forme *d'Echos de las Mercedes*. Lombroso lui-même en 1872 favorisera dans son hôpital de Pesaro la création du *Diario dell'ospizio di Pesaro*.

Enfin certaines figures littéraires se feront reconnaître pendant tout le XIX^e jusqu'au début du XX^e. Il en sera ainsi de John Clare (1793-1864) en Angleterre, d'Hersilie Rouy (1883, *Mémoires d'une aliénée*, dans lequel elle témoigne des conditions concrètes de la création littéraire dans les asiles : « Ne pouvant comprendre par quel moyen j'avais écrit...on poussait les fouilles jusqu'à emporter mes jupons, à peigner mes cheveux bouclés, à écarter les bouffettes de mes pantoufles, afin de s'assurer qu'un bec de plume ou un crayon n'y était pas caché. Les malades, qui me voyaient de leurs petites cours, m'avaient prise en amitié et avaient pitié de moi. Elles me donnaient des chiffons de papier, en les attachant à un fil que je faisais descendre par ma fenêtre ; d'autres m'en glissaient sous la porte en passant dans le corridor. Je collais les morceaux ensemble ; à défaut d'encre, j'avais mon sang ») en France, du Président Schreber (1904, *Mémoires d'un névropathe* ; sujet d'une des cinq psychanalyses de Freud, ce même Freud qui postulait que le Président Schreber aurait fait un excellent directeur d'hôpital) en Allemagne et enfin Clifford Beers (1908, *A mind that found itself*, témoignage à partir duquel Beers créera les sociétés d'hygiène

mentale) aux Etats-Unis.

Les collections

On le comprend aisément, cette floraison de productions scripturales et picturales a souvent été possible parce qu'elles trouvaient des appuis importants chez certains psychiatres qui par goût et ouverture ont favorisé, non leur existence mais leur diffusion. Ainsi le Dr Ladame à Genève a installé à Bel Air dans les années 30, un cabinet où il exposait les réalisations artistiques des patients de la clinique ; sa collection sera exposé à Paris en 1948. Le Dr Steck avec Aloï se, le Dr Morgenthaler avec Wölfli, constitueront deux duos que l'histoire a quelques difficultés à séparer.

Mais c'est à partir de la constitution de la collection de la clinique d'Heidelberg, financée par un mécène suisse, Georg Reinhart, et du travail d'Hans Prinzhorn (*L'expression de la folie* en 1922) que, comme l'écrit J. Starobinski, nous entrons dans une ère nouvelle « dans la mesure où son œuvre conférait une valeur à ce qui n'avait été perçu précédemment qu'au titre du symptôme ». Signe radical d'une libération des oeuvres des patients de toute interprétation médicale, Prinzhorn met en exergue l'inventivité formelle sans la rapporter mécaniquement à telle ou telle pathologie. La non aliénation des oeuvres des patients au discours médical est à la racine des différenciations contemporaines qui se refusent à une lecture symptomale.

Le passage des collections privées, accumulées dans les hôpitaux, vers les fondations d'Art Brut, exprime dans le concret de la muséographie, le changement de paradigme énoncé par Prinzhorn. Ce passage a été favorisé par les relations personnelles qu'ont entretenues Steck, Morgenthaler, Ladame avec Dubuffet, juste après guerre ; ce dernier, probablement parce que son souci était d'ordre esthétique et non thérapeutique,

a dissocié la création artistique de la maladie : « Il n'y a pas plus d'art des fous que d'art des dyspeptiques ou des malades du genou. ». Cette différenciation n'a pas toujours été acceptée car, par exemple, les tenants de l'Art Brut sont intervenus bruyamment dans le débat sur les médicaments neuroleptiques, comme si à l'envers, le prix de l'autonomie devait se payer de la dénonciation du monde des origines.

Les ateliers d'art-thérapie

Signes récurrents d'une difficulté à séparer les univers thérapeutiques et esthétiques, les ateliers se sont généralisés dans les années 60. Les plus connus ont été ceux de la Waldau à Berne, celui de Reuter à Pecs en Hongrie, de Schude à Boston, de Moss et Cormier à Montréal, et de Navratil en Autriche.

Pour Cery, c'est en 1963 la création de l'atelier du Dr Bader qui se définissait : « Centre d'études de l'expression plastique ; notre atelier de peinture, tout au contraire, n'est pas un lieu d'ergothérapie et un effet thérapeutique n'y est pas recherché en premier lieu.. Le patient est laissé aussi libre que possible. Il dessine s'il le veut bien, ce qu'il veut et à sa manière, en utilisant les moyens techniques qu'il désire. Le résultat du travail n'est pas jugé, ni surtout corrigé. Les oeuvres produites augmentent de jour en jour une collection qui complète l'iconographie internationale connue par des publications ».

Il faudra qu'enfin les productions restent la propriété des auteurs pour clore ce chapitre d'une inéquité dans les rapports créateurs-thérapeutes.

Conclusion

Nous avons donné quelques points de repères dans une histoire longue de deux siècles, il faudrait reprendre le chantier afin d'en articuler plus finement les enjeux. Souhaitons qu'un jour ce travail soit entrepris dans la

dynamique de ce qui opère maintenant.

Nous aimerions ici raviver la figure d'Edmont-Henri Crisinel (1897-1948), poète et journaliste qui a séjourné à Cery et dont la qualité de l'écriture le rapproche de Nerval.

Enfin nous voudrions souligner combien cette journée inaugure une véritable réappropriation par les créateurs eux-mêmes de leur histoire. Faire valoir de discours thérapeutiques ou esthétiques, dans la tradition, ils se sont donnés les moyens aujourd'hui d'organiser un débat dont ils avaient été le plus souvent exclus. Signe des temps, pour la psychiatrie en tous cas, rien ne pourra se décider sans l'avis des premiers intéressés. Chemin difficile mais probablement incontournable et cette première initiative montre que le potentiel est énorme et ne demande qu'à être associé.

Bibliographie indicative

- Acta neurologica et psychiatrica belgica*, tome LXIV, 1964, Bruxelles, vol. 64, fasc. 1.
 Juan Rigoli, *Lire le délire*, Fayard, 2001
 Frédéric Gros, *Création et folie*, PUF
Confrontations psychiatriques, créativité et psychiatrie, n°34.
 Antonin Artaud, *Van Gogh le suicidé de la société*, Gallimard, 2001.
 Raymond Queneau, *Les enfants du Limon*, Gallimard, 1938, p.130
Petits maîtres de la folie, textes de J. Cocteau, G. Schmidt, H. Steck, A. Bader, Lausanne, 1961.
 Pierre Katz, *Division IV*, La sentinelle.
 Société vaudoise d'hygiène mentale, rapport annuel 1959, les oeuvres d'art à l'hôpital de Cery, H. Steck.
 Robert Volmat, *l'art psychopathologique*, PUF, 1956.
Echange, bulletin du personnel de l'hôpital de Cery, Les écrivains psychotiques, non signé.
 S. Guidicelli, *Art et psychiatrie, information psychiatrique*, vol.60, n°10, décembre 1984.
 André Blavier, *Les fous littéraires*, Henri



Veyrier, 1982.

Jean Tardieu, *La comédie du langage*, Gallimard, 1987.

Jean Vinchon, *L'art et la folie*, Stock, 1950.

Lucienne Peiry, *Hans Steck ou le parti pris de la folie*, collection de l'art brut, 1991.

Lucienne Peiry, *Charles Ladame ou le cabinet fou d'un psychiatre*, collection de l'art brut, 1991.

Hans Prinzhorn, *Expressions de la folie*, Gallimard, 1984. (1^{ère} édition allemande, 1922)

Morgenthaler, *étude sur Wölfli*, 1921. Cahier de l'Art Brut, 1964.

Cesare Lombroso, *L'homme de génie*, Alcan, Paris, 1889.

Edmont-Henri Crisinel, *Oeuvres*, éditions de l'Age d'homme, Payot, 1979.

Marcel Réja, *L'art chez les fous*, Mercure de France, Paris, 1907.

Jérôme Pedroletti.
