

L'ECRIT

Service des soins infirmiers du département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) - 1008 Prilly-Lausanne

Numéro 4

Octobre 1997

« SOUVENIRS D'UN ANCIEN INFIRMIER »

(A CERY, 1954-1989)

« Est-ce que votre besoin d'étudier l'histoire de la psychiatrie à Cery ne serait pas la preuve que la psychiatrie est en train de mourir ? » (Cl. Cantini, le 1.10.97).

PRESENTATION

Ce premier octobre, le temps s'y prêtait, nous aurions pu nous asseoir sous les frondaisons d'un cèdre du parc pour écouter notre ancien collègue, Claude Cantini.

Tel un griot africain, ouvrant sa bibliothèque mémorielle, il nous passait le flambeau en nous racontant une institution qui tout en étant la nôtre, ne lui ressemblait plus tout à fait, inscrivant notre histoire infirmière dans des identités bousculées, des architectures transformées, des conceptualisations naissantes.

Certes sa mémoire étonnante n'a pu nous livrer, dans le temps imparti, toute sa richesse, mais au moins la filiation a été possible et ce passage de témoin, jamais épuisé, augure bien de notre capacité à rendre compte de façon plus affinée du « passé dans le présent des soins infirmiers ». L'héritage est difficile mais il est de notre responsabilité de le faire fructifier.

Mme Maisenholder (ICA) le présenta à la nombreuse assistance. Elle rappela les 35 années de carrière de ce toscan d'origine, fort engagé idéologiquement (« libertaire antifasciste », objecteur de conscience, membre du Service Civil International...) et syndicalement (membre de la VPOD, puis du SSP).

Il avait suivi une formation d'agronome dans son Italie natale avant de devoir s'expatrier et commencer en Suisse sa formation d'infirmier en psychiatrie en 1954. Arrivé dans un milieu culturellement encore très pauvre, il a mis son talent au service de sa nouvelle profession à travers

des publications aussi documentées qu'impertinentes dans leurs tonalités «peu vaudoises» (cf. bibliographie).

Cela lui jouera quelques tours, et particulièrement sa mutation « disciplinaire (?) » en psychogériatrie dès 1962, mais à aucun moment cela n'a pu le faire taire et, si souvent il a dû, comme il nous le confiait, « mettre son poing dans sa poche ou s'autocensurer », il n'a pas cessé de se battre pour une reconnaissance professionnelle des infirmiers. Rien n'est venu remettre en cause son « optimisme raisonné ».

Sa modestie dût-elle en souffrir, nous pouvons affirmer qu'à l'échelle de la psychiatrie suisse il est l'équivalent d'un Roumieux français et d'un Peter Nolan anglais (cf. bibliographie).

Si nous lui devons les premières pierres, son témoignage nous met au défi de poursuivre l'oeuvre entreprise et c'est donc avec une immense reconnaissance que nous publions aujourd'hui son intervention dans cet *Ecrit* pas tout à fait comme les autres.

CLAUDE CANTINI :

C'était un mercredi en début d'après-midi, le 15 juin 1954, j'avais pris la « brouette » (tramway) d'Echallens et je m'informais, dans mon français encore approximatif, auprès d'une paysanne qui remontait du marché de Chauderon, de savoir où je devais descendre pour me rendre à L'Asile de Cery.

Pensant tout d'abord que j'allais visiter quelqu'un, elle me posa quelques questions puis quand je lui expliquai que j'y allais comme interne pour commencer ma formation, elle leva les bras au ciel en disant: « Mais vous ne savez pas où vous mettez les pieds, il y a encore des «oubliettes» à Cery ».

Ce fut la première image populaire de l'Institution que je reçus avant même d'y pénétrer et je ne savais pas alors que je partagerais pendant 35 ans sa destinée.

1954 est encore une date charnière entre la psychiatrie asilaire et la psychiatrie hospitalière. En effet, si Cery est devenu officiellement hôpital en 1948, les choses n'ont pas encore complètement changé et huit ans après il y avait encore les traces d'un lourd passé.

Ainsi, si des « bains permanents »¹ il ne restait plus que les locaux et si le souvenir du traitement au Cardiazol² était bien présent dans la mémoire professionnelle, l'on pratiquait encore, de temps en

¹ Les bains permanents étaient employés comme traitement depuis la fin du 19e siècle ; à la température de 37-38 degrés mais avec ou sans lotion froide sur la tête. Il s'est trouvé en effet un aliéniste pour prétendre que le froid pouvait abaisser la température du cerveau et améliorer ainsi l'état du malade.

² Un analeptique cardio-vasculaire à l'action convulsivante lorsqu'il est employé à fortes doses et par voie veineuse et qui a été utilisé en psychiatrie depuis 1932

temps, la cure de sommeil d'après Cloetta¹, la lobotomie² et la malariathérapie³, tandis que l'emploi de l'Apomorphine⁴ et de la Paraldéhyde⁵ était fréquent. Il faut aussi se souvenir que la première cure de Largactil a eu lieu à l'automne 52.

UN LIEU DE VIE

Cery, alors, comprenait 16 divisions (huit pour les malades femmes et huit pour les hommes), soit sur deux cotés du quadrilatère fermé : une division « d'agités » en traitement, une division « d'agités chroniques » (avec deux chambres à varech⁶, une autre de grabataires et semi-grabataires qu'on appelait « l'infirmerie », une division de malades calmes en traitement, trois de chroniques occupés au cartonage, à l'effilochage ou à l'écoissage ; dans l'une de ces dernières nous trouvions encore des dortoirs de dix lits équipés de « tinettes » communes et qui obligeaient les infirmiers, après un enfermement de 7h. du soir à 7h. du matin des patients, à une aération salubre dès la première ouverture de la journée.

Enfin une division de 75 lits destinée aux malades qui travaillaient à l'extérieur (ferme et jardin de l'hôpital) ; elle s'étagait sur trois niveaux et au deuxième voisinaient les patients et les infirmiers en formation qui avaient l'obligation de l'internat.

Les malades étaient au total au nombre d'environ 730. Une centaine d'autres étaient placés dans trois « maison de santé » privées du canton soit à Orny, à Bellevue sur Yverdon et à Corcelles sur Chavornay à la pension Tchanz. Parfois, quand l'hôpital était trop plein, les infirmiers en accompagnaient certains dans ces différents lieux.

Enfin une dizaine d'autres malades travaillaient en permanence, pendant la saison de l'alpage, sur le domaine agricole de Vuissens à Provence dont l'état de Vaud avait fait l'acquisition.

Les pensionnaires des fondations privées, dépendants de l'hôpital, furent réintégrés à l'ouverture en 1958 de la nouvelle clinique, ce qui porta alors leur nombre à environ 800.

L'ouverture de l'hôpital psychogériatrique en 1962 fut l'occasion, pour moi, dans un éditorial du journal du syndicat, de dénoncer les méthodes « monarchiques » de la direction ; celle-ci n'avait organisé ni information ni discussion quant à ce projet. Elle s'était contentée d'une petite note sur un panneau.

¹ Mélange de Chloral et de Barbituriques introduit dans l'organisme par voie anale.

² Intervention chirurgicale au niveau des lobes préfrontaux.

³ Inoculation de sang infecté par des hématozoaires en vue de provoquer des poussées de fièvre tierce.

⁴ Traitement des alcooliques par la provocation d'un réflexe de dégoût devant une boisson alcoolisée.

⁵ Narcotique spécifique des troubles du sommeil chez les patients atteints de « psychose organique ».

⁶ C'était des cellules où le matelas était remplacé par des algues et où, à la fourche et tous les matins, les infirmiers remplaçaient le varech souillé par du varech frais. Je peux ajouter qu'elles étaient semi-enterrées et que le terme d'« oubliettes » pouvait les caractériser.

Cela provoqua, pour un temps un clivage entre les personnels, mais finalement cela a permis le développement de l'autonomie de chaque secteur.

En même temps que se structurait l'espace psychogériatrique nous avons assisté au développement d'institutions spécialisées qui, petit à petit, ont soulagé l'hôpital des patients oligophrènes, épileptiques, éthyliques. C'est l'émergence de tous les EMS que vous connaissez maintenant.

Avant d'aborder la vie des soignants, je voudrais juste vous rappeler la façon dont se passaient les admissions.

Il faut vous dire d'abord qu'avant 1965, il n'y avait pas d'admission volontaire. Une des raisons paradoxales avancées était qu'il fallait protéger l'hôpital de l'arrivée des « clodos ou alcooliques chroniques » lors de la mauvaise saison.

Pour les autres, soit ils arrivaient avec un certificat médical, parfois de complaisance, soit ils arrivaient avec la police qui disposait, à l'époque pour les patients agités, d'un filet identique à ceux des pêcheurs du lac. Il existait un patient surnommé « Toto », unijambiste et alcoolique, qui maniait son unique béquille comme une masse d'arme et qui débarquait à l'hôpital emmaillotté comme un poisson. La seule responsabilité des infirmiers était de le libérer et de restituer le filet à la police le lendemain.

J'ai mémoire que la confrontation avec un large tableau pathologique, s'il nous obligeait à une tâche de généralistes, avait néanmoins l'avantage de nous faire évoluer dans un contexte d'une grande richesse humaine.

LES SOIGNANTS

L'ensemble des soignants (il n'y avait pas encore à l'époque de physio, d'ergo, etc...) était formé de 65 infirmiers et 70 infirmières.

Ils effectuaient 57 heures de travail par semaine ; à raison de 9h.30 par jour, six jours sur sept.

Le nombre de jours de congé était, en effet de 4 par mois et les vacances fixées à quatre semaines par an devaient être prises en trois fois.

Les rapports entre infirmiers étaient marqués par l'existence (en mettant de côté les élèves) de deux catégories de soignants : Les Diplômés officiels et les Diplômés « reconnus ».

La première catégorie comprenait ceux qui avaient pu bénéficier d'une formation théorique facultative en cours d'emploi (mais le soir après le travail)¹ pendant cinq ans (de 1933-1938), et

¹ C'est le professeur Steck qui, le premier et contre l'avis du professeur Preisig (celui-ci disait: « Qu'il fallait mieux éviter à notre personnel la suffisance et le ridicule » en matière de formation. Tiré de l'article de G. Heller « L'oeil et l'oreille du médecin, les infirmiers psychiatriques vers 1930 »), imposa une première ébauche de formation pour le personnel infirmier, dans les conditions décrites ci-dessus.

ceux qui ont été diplômés à partir de 1941 après une formation obligatoire de trois ans.

La deuxième catégorie (une trentaine d'infirmiers chez les hommes) était au bénéfice d'une « reconnaissance professionnelle ». Entrés à l'asile avant 1930, ils provenaient en grande majorité de la campagne vaudoise et fribourgeoise où ils avaient été souvent valets de ferme ou simples manœuvres s'ils venaient de la ville.

Leur richesse en « trucs » que seule l'expérience peut fournir, m'autorise à affirmer qu'ils ont joué, à côté d'une école débutante, un rôle pédagogique pratique non négligeable.

De plus, leur sens de l'humain a grandement facilité, en général, les échanges positifs entre anciens et nouveaux qui étaient eux des citadins ayant connu le chômage. Autrement dit, ils ont assuré le lien entre deux générations de soignants.

C'est ainsi que, dans l'ensemble, les difficultés du travail liées à l'économie humaine des patients étaient compensées par une forte camaraderie, teintée de complicité.

Quelques uns de mes anciens collègues doivent se souvenir du bon goût des frites que nous allions chiper à la cuisine et que nous faisons cuire pour tous les veilleurs. Ils se souviennent aussi, j'en suis sûr, des petits déjeuners qui nous réunissaient tous après les lourdes quinzaines de garde de nuit, tantôt à la Fleur de Lys, tantôt plus loin, du côté de Lutry.

RAPPORTS HIERARCHIQUES

Avec certains chefs les rapports étaient moins roses. La hiérarchie infirmière comprenait un infirmier-chef (il y a quelques années il s'appelait encore : « surveillant »¹, un infirmier sous-chef, huit chefs de division, huit sous-chefs de division, et huit « troisièmes » (sorte de chefs remplaçant, en l'absence des précédents).

S'appuyant sur des règlements carrément stupides, la hiérarchie affectionnait (sans généralisation excessive, nous pensons avec reconnaissance à certains chefs qui avaient le cœur sur la main) les brimades mesquines. Il s'agissait probablement de tristes petites revanches censées compenser des brimades plus ou moins identiques subies avant nous.

Une des armes à disposition de certains chefs de division était l'attribution arbitraire aux « infirmiers récalcitrants », des travaux les moins gratifiants, sinon les plus ingrats; n'oublions pas que les premières femmes de chambre ont fait leur apparition en 1959.

Avant, les infirmiers assuraient les nettoyages « à fond » qui duraient un mois pour toutes les divisions, le changement mensuel des draps qu'il fallait parfois faire seul pour une division de 75 lits, la désinfection des crachoirs, le récurage des escaliers (plus sale d'aspect après qu'avant vu leur composition en molasse), au ponçage et encaustiquage des parquets, aux bains hebdomadaires des malades, au tri et inscription personnelle du linge des patients.

¹ Si l'on poursuit le fil sémantique, l'administrateur venait juste de cesser d'être appelé « économe ».

Cette dernière tâche découlait de la personnalisation de l'habillement par rapport aux deux tenues deux pièces (deux modèles, le petit et le grand), une couleur poivre et sel en toile pour l'été, l'autre noire en drap épais pour l'hiver, qui étaient fournies auparavant aux malades hospitalisés.

Une petite histoire pour que vous perceviez mieux ces mesquineries. J'avais, une fois et pour rendre service au chef, distribué la ration de viande aux malades ; quelle ne fut pas ma surprise quand je me fis rappeler à l'ordre de la seule responsabilité du chef à assumer cette mission ; une valorisation, comme une autre de leur titre ?

A l'échelon supérieur de la hiérarchie, les chefs-infirmiers ne dédaignaient pas utiliser comme moyen de pression l'attribution des infirmiers à des divisions plus « lourdes », comme les « infirmeries ».

Du reste, ces mêmes chefs choisissaient dans les divisions des patients moins atteints chargés de « rapporter » les faits et gestes de tout un chacun. Ils recevaient pour leurs bons et loyaux services un supplément de tabac pour la pipe (il s'agissait de Burrus à raison de 50g distribué chaque samedi).

L'A.I. n'existait pas encore et selon les services rendus, les patients touchaient un pécule.

RAPPORT PLURIDISCIPLINAIRES

Au dessus des soignants se trouvait le Médecin-Directeur, le Médecin Sous-Directeur et le « Troisième Médecin » (c'était son titre officiel), puis huit Médecins-assistants ; cela avant l'ouverture de la Nouvelle Clinique qui vit se multiplier les postes.

Les rapports entre les infirmiers et le corps médical étaient caractérisés par une prudente distance. Il est vrai que la répression ouverte, découlant de la toute-puissance du Médecin-Directeur, avait pris fin avec l'entrée en vigueur, en 1947, du Statut des Fonctions Publiques Cantonales qui introduisait les premières règles en matière de licenciements, ainsi qu'avec la naissance, en 1951, d'un vrai syndicat

Néanmoins, même si les médecins les plus obtus avaient fini par comprendre qu'il ne suffisait plus, pour qu'un hôpital fonctionne véritablement, d'avoir à disposition des hommes et des femmes robustes, l'opinion des cadres médicaux à propos de la formation infirmière n'avait pas fondamentalement changé: Un peu de théorie d'accord mais pas trop (voir déclaration du professeur Preisig déjà citée).

En somme, la supériorité, voire l'arrogance (quand par exemple un médecin se permettait de siffler pour appeler « son » infirmier) avait cédé la place au paternalisme. Je peux en témoigner autour d'un exemple savoureux ; ne rentrant pas chez moi au moment de la coupure, j'avais souhaité pouvoir avoir accès à la bibliothèque médicale ; j'en fis la demande à qui de droit, ce n'était pas encore inscrit dans les mœurs ; l'on me proposa, avec beaucoup de résistances, d'emprunter un

livre, de le confier au malade responsable de la bibliothèque qui aurait pour devoir de transmettre l'ouvrage au médecin responsable afin que ce dernier donne ou pas son aval pour que je puisse le lire ; la question du médecin était de savoir si un infirmier serait capable de comprendre ce qu'il se proposait de lire ?

Le paternalisme n'empêchait nullement la suspicion ; encore un exemple : aux annexes (divisions des agités en traitement), les deux infirmiers de nuit devaient « pointer » tous les quarts d'heure pour prouver qu'ils n'étaient pas endormis (sauf bien entendu en cas d'impossibilité, dûment mentionnée dans le rapport écrit) ; pendant deux ans, alors que le cadran général ne fonctionnait plus et n'autorisait plus aucun contrôle, nous avons continué de pointer comme de « grands idiots » que nous étions parce que personne ne nous en avait informé.

CULTURE INFIRMIERE ? L'ECRIT ?

L'éclatement géographique de l'hôpital à partir de 1958, a favorisé par des degrés d'autonomie plus grands, la stimulation de la réflexion infirmière.

A l'époque, les rapports écrits des divisions étaient rédigés et mis à jour uniquement par les chefs infirmiers, à l'exclusion évidemment des infirmiers de nuit ; la base n'avait donc que la parole, encore faudrait-il s'entendre sur le sens que cela avait ?

Etrangement, même les ordres médicaux étaient oraux, jusqu'à l'arrivée, surtout en psychogériatrie, de personnel étranger maîtrisant mal les nuances de la langue de Molière, entretenant des malentendus dans les transmissions entre médecins et infirmiers et qui obligèrent les médecins à écrire les ordres qu'ils souhaitaient voir exécutés¹.

Cette situation linguistique a parfois été une bonne excuse pour couvrir les erreurs médicales.

Avant l'introduction du Kardex dans les années 70 (un des premiers combats infirmier dans le domaine des soins), l'écrit n'était requis qu'autour des patients sous protocoles ; je me souviens avoir assuré une prise en charge post-opératoire de patients lobotomisés, dont j'avais dû, par écrit, rendre compte.

La première cure de Largactil avait vu l'observation infirmière valorisée par l'écrit.

C'est une dimension qui est questionnée dans le texte de G.Heller, *L'Ecrit* n°3 de juin 1997.

Dans un registre plus technique, et probablement suite à une pénurie conjoncturelle de médecins-assistants, dans les années 1960, le personnel infirmier s'est vu confier des soins auxquels il n'avait pas accès : la prise des tensions, les sondages naso-gastriques, les pansements, les injections intraveineuses et les ECG. En 1954, les médecins faisaient encore les sondages pour les cures

¹ Il faut dire, pour éviter d'en faire la raison unique, qu'il en était de même dans les hôpitaux somatiques.

d'insuline¹.

A vous rappeler cela je comprends bien les progrès réalisés.

CONCLUSION

Je ne saurais conclure, vous êtes la preuve que l'histoire des infirmiers psychiatriques continue. Si je vous ai parlé du passé (de mon passé), c'est surtout pour mettre en exergue le chemin parcouru ; le mien, bien sûr mais aussi celui de l'ensemble de la profession.

Je voudrais juste pour terminer, vous livrer deux hypothèses quant aux raisons possibles de cette évolution dont les malades ont profité, et qui s'est traduite prioritairement par une véritable collaboration entre les médecins et les infirmiers (longtemps souhaitée au-delà des clichés oratoires de fin d'année) :

- 1) la démocratisation des études médicales,
- 2) la formation professionnelle poussée des infirmiers.

Le progrès n'est jamais automatique et il a fallu ces deux facteurs pour en jaloner les étapes.

BIBLIOGRAPHIE

Claude Cantini, Répression et psychiatrie ou un siècle de travail à l'hôpital de Cery, (tiré à part de Psychiatrie Pratique, 2, 3, 4, 1972) ; La Formation professionnelle de l'infirmier psychiatrique en Suisse (1900-1975), (tiré à part de Psychiatrie pratique, 11, 12, 1977 et 1-5, 1978) ; « Les luttes syndicales à l'asile de Cery », Cahiers d'Histoire du mouvement ouvrier, 4, 1987, pp.43-51 ; La statistique psychiatrique suisse. Quelques aspects et considérations, juin 1976 ; Publication à travers le Groupe d'Etudes Psychiatriques dans le journal *Coopération* de deux articles : « Le rôle de l'infirmier psychiatrique dans l'hôpital psychiatrique », *Coopération*, 17.2.72 et « Pourquoi devient-on infirmier en psychiatrie », *Coopération*, 14.9.72.

André Roumieux, *Je travaille à l'asile d'aliénés*, Paris, éd. Champ libre, 1974.

Peter Nolan, *A History of Mental Health Nursing*, London, Chapman and Hall, 1993.

PS. L'enregistrement de la conférence de Claude Cantini est disponible à la sonothèque de Cery et à l'Institut romand d'histoire de la médecine.

¹ Cures qui se sont généralisées à partir de 1957 et cela jusque dans les années 70. Elles concernaient alors quotidiennement, 6 patients schizophrènes, dans des locaux de la nouvelle clinique spécialement adaptés. Elles commençaient dès 6h. pour se terminer vers 15h.

Par l'organisation technique exigée, par la formation et l'investissement infirmier requis, elles ont significativement contribué à l'évolution des pratiques soignantes.