

FORMATION DES TRAVAILLEURS EN SANTÉ MENTALE.

Éliane MERCIER, Jean-Yves CASAUX, Jean-Paul ABRIBAT*

C'est à partir de l'expérience pédagogique de plusieurs années de l'École de Cadres, en traversant « le temps pour comprendre » et en faisant retour, notamment sur les hésitations, les butées et les crises, que se sont élaborées au titre d'une clinique pédagogique, les propositions qui suivent.

Ainsi, inscrire comme essentielle à la formation initiale et permanente ce que nous appelons clinique pédagogique, est l'effet du retour sur soi de l'expérience où cette clinique a commencé à se constituer, chemin faisant.

La démarche même de l'École des Cadres fonde les propositions pédagogiques comme l'auto-élucidation, la légitimation phénoménologique d'une pratique, ou plutôt d'un ensemble de pratiques en acte. Si la clinique est communément caractérisée comme la connaissance et l'enseignement (la transmission) au lit du malade, la clinique pédagogique est la connaissance et l'enseignement (la transmission) de la formation au lieu même des situations pédagogiques, dans la mesure où ces situations sont mobiles, en transformation, c'est-à-dire relèvent d'une praxis où le symbolique a des effets de réel dans le réel. Car tout glissement à une conception empiriste de la situation (il suffirait de vivre, de se laisser aller à sa subjectivité indicible et de décrire...) est fondamentalement un leurre.

Pas de situation pédagogique qui ne soit mise en forme, non seulement par des projets, mais plus souvent encore par des pré-notions, des préjugés, des représentations, ces notions imprécises et vagues, cette langue courante mal faite, dont parlait Freud dans « Pulsions et destins de pulsions » quand il écrivait que, sans ces pré-notions, il est bien impossible de ne rien constater ou observer. Ces représentations, sans lesquelles pas d'objet qui tienne sous le regard, font, explicites ou latentes, conscientes ou pré-conscientes, voire refoulées, un nouage imaginaire.

Pas de formation sans que ce nouage imaginaire soit travaillé, au moins un peu desserré... Ce qui ne va pas éventuellement sans angoisse, tant il est vrai, disait Lacan, que notre imaginaire est fait d'inhibition mentale. Pas de clinique pédagogique qui ne réfère à l'angoisse comme sentiment du désir inconnu de l'Autre (que me veut-il et que me veut-on dans la formation ?) et donc pas de clinique pédagogique qui ne soit subsumée par la clinique sous transfert, ce qui n'implique pas que dans le champ pédagogique le transfert soit analysé, mais précisément le contraire. Et qui nous permet de conclure : la clinique pédagogique comme retour sur soi et auto-élucidation d'une expérience est un ensemble ouvert, sans bouclage (à la différence décisive de la cure) et puisque auto-élucidation, nous disons : « Rendre la lumière suppose d'ombre, une morne moitié ».

PROBLÉMATIQUES.

Voici maintenant une présentation résumée des principaux problèmes rencontrés au cours de notre pratique de formateurs, aussi bien dans le cadre de la formation initiale et de la formation continue du personnel

infirmier, qu'au cours de notre expérience de formation des cadres infirmiers en secteur psychiatrique.

Ces problèmes relèvent à la fois des aspects théoriques et cliniques des formations.

1) Notre constat porte en premier point sur un défaut de théorisation dans la formation à l'observation clinique : l'observation, en tant que recueil d'informations, a tendance à être bien réalisée ; elle s'avère, dans l'ensemble, assez riche quoique manquant de méthodologie, c'est-à-dire qu'elle n'est pas construite selon des domaines pertinents qui lui confèreraient un caractère de systématisation. Ce manque conduisant à un inventaire de données non organisées, celles-ci restent donc descriptives.

Ce travail d'observation au cours d'études de cas cliniques va souvent s'enrichir après introduction de sens par les formateurs, c'est-à-dire par l'apport de schémas à valeur explicative qui mettent en relation des attitudes et des comportements du patient, et des soignants aussi. C'est ce mouvement de recherche de signification des données, de construction d'hypothèses explicatives, qui n'est pas réalisé par le personnel infirmier et qui s'avère la plupart du temps difficile et risqué.

Le mouvement dialectique conduisant à mettre sans cesse en rapport hypothèses et phénomènes observés s'avère difficile. À cela, on peut inférer deux raisons : un niveau de formation (scolaire) insuffisant ; une conception essentiellement encyclopédique des études de base dont les objectifs d'acquisition se révèlent être cumulatifs et peu appropriatifs, c'est-à-dire que l'on apprend pour la connaissance de l'objet-en-soi, plutôt que pour une recherche de la signification de l'objet, c'est-à-dire de l'objet-en-signification. En formation professionnelle, l'objet de connaissance ne peut pas être un objet-en-soi, mais doit être un objet en situation, c'est-à-dire en rapport avec ce qui lui donne utilité et sens. Ce n'est pas l'objet, mais la signification de l'objet qui finalise la démarche formative. Par exemple, concernant la question même de l'observation, celle-ci suppose de s'être approprié la pensée que tout objet perçu est situé dans un contexte et que l'acte de percevoir est lui-même situé dans un rapport à un sujet.

Ceci nous semble être une problématique de formation non résolue actuellement, d'autant qu'elle ne nous apparaît pas comme véritablement perçue par les différents systèmes de formation au regard, par exemple, des divers projets pédagogiques des Centres de formation dont on peut faire l'analyse. Nous avons fait, pour notre part, l'étude de sept projets conçus par six institutions de formation et c'est sur cette étude que nous nous appuyons. Cette absence de formation, non pas aux théories, mais à la démarche de théorisation, a pour conséquence, entre autres, que les connaissances psychopathologiques théoriques et cliniques, après avoir fait l'objet d'enseignement et de programmes, notamment dans les centres de formation, sont peu mobilisées par la suite dans le champ de la pratique professionnelle.

En fait, nous constatons d'une manière générale une carence dans la formation à ce que c'est que penser. Ceci se caractérise par la tendance des groupes de stagiaires (par exemple) allant toujours vers une attention donnant crédit aux phénomènes, donc aux symptômes dans les situations de

soins. Ainsi, le patient est avant tout considéré comme un objet clinique en soi, au lieu d'être considéré comme un élément d'une situation clinique.

La prime du phénomène, c'est la prime du manifeste par rapport au sens ; le manifeste met presque tout le monde d'accord : le sens divise. On ne sait plus – ou on ne sait pas – travailler les désaccords ou simplement la multiplicité des perceptions.

2) D'où un second constat portant sur la dimension du risque transgressif qui est attaché à la prise de parole, tant dans les groupes de formation que dans les équipes de travail, dans la mesure où l'on ne sait pas travailler le sens. Ceci s'exprime, par exemple, au travers des silences des infirmiers (lors des réunions de synthèses ou autres) ou des étudiants et stagiaires (dans certains groupes de travail) dans l'attente systématique qu'ils ont de la prise de parole du médecin ou du formateur, ou bien encore par la crainte de la subjectivité. Cette subjectivité mal comprise, mal placée, se repère à deux formes d'attitude : «Interpréter, c'est subjectif! » et encore « je vous ai dit mes éprouvés, ils apportent certainement quelque chose, mais ce qu'ils apportent c'est à vous, psychiatre ou formateur, de le dire ». Cela dénote une absence de formation de la place de la subjectivité et de son statut dans le discours.

3) À partir des deux constats précédents, une formation à la pensée devrait se saisir de l'enjeu suivant concernant la formation clinique, à savoir qu'il s'agit d'apprendre à réaliser un transfert d'objet, c'est-à-dire passer d'un objet physique, palpable, à un objet mental ou, mieux, mentalisé ; ou encore, passer d'une représentation idéologique ou morale à une représentation scientifique, laquelle requiert de travailler les désaccords.

- On a affaire ici à une véritable opération de transfert d'objet, c'est-à-dire que cette modification d'objet ne va pas aller de soi, car elle s'accompagne d'une modification obligée dans l'être du sujet en situation de formation ou de pratique soignante. Pourquoi ? Parce que l'objet dont nous parlons est en fait un rapport au savoir ou une relation à un patient et que se mettre à penser une relation aux choses et aux êtres va modifier cette relation même.

- D'où l'idée que formations et pratiques soignantes ont sans cesse à voir avec des processus de deuil. Deuil de quoi ? Deuil des représentations de l'autre-pour-soi dans la relation au patient et dans la relation pédagogique. En situation de soins, ce deuil, c'est le deuil que le soignant doit faire du patient en tant que celui-ci lui renvoie la fascination de la souffrance et de la mort, c'est-à-dire la fascination du non-sens. Le transfert d'objet serait ici de passer pour le soignant de l'identification à la souffrance du patient à l'identification des problèmes, sources de cette souffrance ; deuil donc, pour le soignant, d'être, dans le présent corporel, tout l'univers pour le patient, pour n'être qu'un substitut dans cet univers et aussi introduire le patient à la dimension d'une histoire, d'où le travail incessant sur l'illusion.

- Comment inscrire cette problématique du transfert d'objet et du deuil en terme de formation, dans un processus pédagogique ? Nous proposons d'aborder dès maintenant cela en énonçant les éléments constitutifs d'une situation de formation, leurs articulations étant travaillées au sein de ce

que l'on pourrait appeler une clinique pédagogique dont nous avons parlé au début de notre exposé.

RÉFLEXIONS ET PROPOSITIONS PÉDAGOGIQUES.

Elles concernent la formation des travailleurs en santé mentale.

1) Il faut considérer que toute situation de formation, et a fortiori la formation pour adultes, suppose une certaine relation formateur-formé qui ne peut être réduite à une relation pédagogique ponctuelle et abstraite. Il s'agit d'une **véritable relation sociale**, constituée donc de toutes sortes de déterminants sociologiques, politiques, économiques, culturels, institutionnels et historiques. Ces déterminants traversent la relation de formation et lui donne parfois un sens bien différent de celui voulu par les acteurs eux-mêmes.

Il apparaît donc important de dégager les éléments déterminants de ce modèle de pratique sociale qu'est une pratique pédagogique afin de les situer dans la perspective des nécessités relatives à une formation pour adultes. Quels sont ces éléments ?

Trois axes constituants d'une situation pédagogique apparaissent : la position pédagogique des stagiaires, la position pédagogique du formateur et les effets pédagogiques de la situation de formation. Ces trois axes sont caractérisés à l'intérieur des deux rapports fondamentaux de la relation de formation : le rapport au savoir et le rapport au pouvoir. Pourquoi ces deux rapports fondamentaux ? Parce que dans un processus éducatif, en effet, le rapport au savoir et le rapport au pouvoir y sont fortement imbriqués en tant que toute situation de formation est à la fois un « lieu de transmission de savoir (et un) lieu d'organisation et de gestion de l'acte de formation »¹. « En considérant ces deux rapports au niveau de la pédagogie, nous considérons par conséquent les formes de filtrage culturel (distribution du savoir), ainsi que les possibilités d'agir (répartition du pouvoir) qui se rencontrent dans la vie sociale réelle des adultes en formation »¹.

2) Par ailleurs, quant à la nécessité des formations pour adultes, il apparaît que ce qui peut la fonder c'est qu'il s'agisse toujours de formations qui permettent d'amorcer un **processus de changement** chez les intéressés. Ce processus ne va pas de soi, sinon on ne parlerait pas autant de formations, de problèmes de formation et de formation pour adultes, etc.

Alors, qu'en est-il des obstacles à l'appropriation du savoir et au changement ? Pour l'essentiel, de même que l'enfant est pris dans un désir conflictuel de se séparer de la mère et de retourner s'y originer, l'adulte est pris dans ce conflit de désir entre recherche d'objet, dans la réalité extérieure, et le retour ou le maintien à la situation d'origine : autrement dit, le désir de savoir s'accompagne toujours du désir de non-savoir. Ce désir de non-savoir est une protection contre l'angoisse de séparation, de quitter un certain type de rapport au monde et aux êtres :

¹ Marcel LESNE : Travail pédagogique et formation d'adultes, PUF, pp. 35-36.

reconnaître ce désir de non-savoir, c'est reconnaître la coupure, le manque.

Là, nous rencontrons deux positions caractéristiques de cette résistance au savoir et ceci vaut aussi bien pour l'enseignant que pour l'enseigné : celle où le savoir est posé comme quelque chose n'ayant d'existence qu'à l'extérieur de soi et celle, à l'opposé, où le savoir est posé comme quelque chose d'inhérent au sujet. Dans ces deux cas, la position du savoir est une position clivée.

Cet ensemble de réflexions à des conséquences précises sur la façon d'envisager une logique pédagogique telle que les contenus de formation ne soient centrés ni sur l'objet de connaissance en soi, qu'il soit conceptuel ou technique, ni sur la seule affectivité du sujet, mais bien « sur des situations concrètes qui mettent en œuvre l'individu réel, avec son inconscient, ses projets, ses attaches sociales, son statut, son rapport aux autres, au groupe et à son travail »².

Dans cette logique pédagogique, le rapport au savoir apparaît comme devant être un rapport de production personnelle du savoir par l'appropriation de constructions théoriques empruntées à la société savante nécessaires à la compréhension des ruptures et aux reconstructions dans le rapport que le sujet entretient à la réalité des êtres et des choses ; le rapport au pouvoir apparaît, quant à lui, comme devant être « une possibilité d'agir (qui soit)... le point d'appui d'une appropriation cognitive de la réalité »³.

Première proposition.

Nous avons recherché dans divers projets de formation professionnelle des infirmiers et cadres infirmiers de secteur psychiatrique, au travers des objectifs pédagogiques énoncés et de leurs programmes, des éléments permettant de repérer en quoi ces formations proposent et développent une certaine implication personnelle de la personne en formation, mais surtout en quoi cette implication personnelle est travaillée en terme d'effets et de liens avec le champ de la pratique soignante.

Nous avons travaillé sur sept projets pédagogiques, tous constitués par un ensemble d'unités de formation obligatoires, optionnelles et facultatives.

Le tableau ci-dessous présente la répartition des modules de formation selon des indicateurs permettant de caractériser l'objet de connaissance selon trois orientations cognitives centrées : l'une sur l'objet en soi, une autre sur le sujet lui-même et la troisième sur un objet inscrit dans une pratique sociale.

Par ailleurs, lorsqu'on examine le contenu des objectifs globaux qui sont énoncés dans les projets et qui sont chargés de donner une orientation d'ensemble aux différentes unités de formation et à leurs objectifs particuliers, on s'aperçoit qu'une réflexion posant les éléments d'une finalité cognitive est soit absente, soit à orientation normative dans la plupart des cas, avec de temps à autre des éléments à finalité personnelle et adaptative. Mais, très rarement, on trouve clairement et sciemment posée

² Eugène ENRIQUEZ : Préface, La Formation Permanente, Encyclopédie du savoir moderne, 1975, p. 16.

³ Marcel LESNE : op. cit., p. 36.

une formation à finalité appropriative centrée sur l'insertion sociale et la dialectique sujet-objet.

	Effectif des Unités de formation	Connaissance Signification de l'objet de l'objet		
		<i>Centré sur l'objet de connaissance en soi</i>	<i>Centré sur le sujet</i>	<i>Centré sur la praxis</i>
Projet A	40 UF	9	10	21
Projet B	72 UF	49	7	16
Projet C	15 UF	4	6	4
	(1 inclassable)			
Projet D	29 UF	17	6	6
Projet E	10 UF	8	2	
Projet F	61 UF	49	6	6
Projet G	36 UF	21	3	12

Le projet pédagogique du Centre de formation A, dans lequel se retrouvent les éléments les plus nombreux allant dans le sens de ce mode de travail pédagogique là, souffre lui-même de ne pas offrir une réflexion claire sur ce point et de comporter des éléments qui lui sont contradictoires. En ce que, par exemple, la liste des textes de lois concernant la formation des infirmiers qui n'offrent qu'un cadre formel dans lequel s'inscrit et peut s'inscrire un projet de formation s'y trouve en lieu et place d'une véritable orientation conceptuelle pédagogique fondatrice : ***l'institué formel prend la place de l'instituant***. Il en est de même lorsqu'il traite des déterminations de l'environnement où les contraintes et limites que celui-ci exerce sur l'École, de l'extérieur, prennent la place de la détermination interne et par les formateurs, cette fois, de la nature de l'orientation pédagogique. S'il n'y a pas cela, à partir de quels repères va-t-on pouvoir se saisir et se ressaisir de la chronicisation qui ne manque jamais d'atteindre tout fonctionnement quel qu'il soit, ses ratés, ses déplacements, etc. ?

Deuxième proposition.

C'est que " le temps pour comprendre " suppose le temps du travail dans l'inconscient, ce que l'on appelle un temps de " maturation ".

En pédagogie, cela met en question certaines politiques pédagogiques en terme d'unités de valeur isolées. Il faut que la formation dans ces unités de valeur ne soit pas construite en terme uniquement comptable, mais en terme d'appropriation de connaissances et de pensées.

Troisième proposition.

Concernant l'enseignement de la psychologie, de la psychopathologie et de la psychologie sociale, un enseignement qui ne serait que des cours ne serait pas pertinent. Il s'agit qu'il se fasse, aussi, autour de situations cliniques et consiste à une mise au travail visant à construire, à partir de l'histoire du sujet et de sa singularité ou bien de l'histoire d'un groupe et de son fonctionnement, une structure singulière par rapport à laquelle nosographie, nosologie et diagnostic ne fonctionnent tout au

long que comme échafaudage approximatif, balise mobile, contredite et confirmée, en tous les cas, à reconstruire sans arrêt et à chaque fois. Selon cette conception on pourrait, dans la pratique soignante reconsidérer le contenu qui fait l'objet des réunions dites de synthèse et dans la pratique pédagogique reconsidérer le travail qui consiste en la présentation normative de cas en termes de typologie. C'est vers la détermination d'un travail mettant l'accent sur la capacité de mise en relation des phénomènes et le caractère démonstratif et explicatif de la démarche que doit tendre la formation psychologique des soignants.

Quatrième proposition.

Elle touche à la position du formateur qui doit construire des situations didactiques correspondant à des modifications de pensée qu'il s'agit d'obtenir pour appréhender certains niveaux de problèmes et de savoirs. Il ne s'agit plus que le formateur obéisse à une situation pédagogique qu'il croit toute faite en s'asseyant devant les élèves et qui consisterait à être dans une situation de transmission où élèves et formateur se trouvent soumis à un objet de connaissances qui leur reste extérieur.

La nécessité d'une construction didactique concerne aussi bien un travail en groupe qu'un cours magistral. Il s'agit de construire des situations didactiques porteuses de modifications, c'est-à-dire des situations qui rendent nécessaires aux élèves l'abandon de connaissances spontanées ou devenues telles, au profit de modèles plus élaborés.

Dans le cours magistral aussi doit fonctionner cette intention pédagogique qui serait, avant tout, non pas d'enseigner les connaissances pour elles-mêmes, mais d'enseigner que telle connaissance est nécessaire pour comprendre tel ou tel phénomène. ♦

* École des Cadres Infirmiers de Secteur Psychiatrique, C.H.S. Ch. Perrens, 33000 Bordeaux.