

# POURQUOI DES REQUISITS DE FORMATION ?\*

Jean-Yves CASAUX\*\*

La formation initiale actuelle (dans le cadre de la réforme des études d'infirmiers de mars 1992) positionne la psychiatrie comme un apport optionnel. Des exigences (réquisits) demeurent donc quant à la compétence requise pour travailler auprès de personnes nécessitant des soins relevant de la santé mentale.

La construction de ces exigences oblige à poser trois séries de questions, qui se déterminent réciproquement :

- Première question :

Que contient une formation qui s'adresse à des infirmiers ou des futurs infirmiers en psychiatrie et en santé mentale ? La réponse ne peut être apportée que sur la base de savoir ce qui constitue le travail infirmier, d'où :

- Deuxième question :

Quelles doivent être les compétences d'un infirmier qui se propose d'être un soignant en psychiatrie et en santé mentale ?

Tout le monde sait que des compétences professionnelles ne peuvent être déterminées concrètement sans une connaissance de leur champ d'application et de la nature de l'objet à propos duquel elles s'exercent. Cela rend incontournable l'étude du fait psychiatrique dans toutes ses dimensions, d'où :

- Troisième question :

Qu'est-ce que la maladie mentale ? Et qu'est-ce que la santé mentale ? Ces deux interrogations sont conjointes, car il s'agit – dans la perspective des soins psychiatriques – de travailler à lier le symptôme dans l'ensemble de l'être pour qu'il disparaisse, alors que, dans les soins généraux, il s'agit davantage d'isoler le symptôme de l'ensemble de l'être pour le traiter et l'éradiquer.

## La santé et la maladie mentale

Ce qui caractérise le champ de la psychopathologie et des soins psychiatriques, c'est qu'il s'agit de traiter « la pensée malade ». Parler d'une pensée malade, c'est dire qu'il existe chez quelqu'un un dysfonctionnement dans l'élaboration du rapport aux êtres et au monde. Cette pensée malade peut se manifester :

- soit par une incapacité à symboliser les actes de la vie,
- soit par une défaillance du caractère de symbolisation dans le travail de la pensée.

Le malade mental refuse de se penser, refuse l'altérité.

Cette difficulté – voire impossibilité – de symbolisation du réel ré-interroge la question de la perte de l'objet et traduit bien un conflit psychique qui se manifeste dans le symptôme et au travers du symptôme.

On a affaire ici à une difficulté de la communication, non seulement avec le monde extérieur, mais aussi avec soi-même. Si la capacité d'aimer suppose, pour tout le monde, d'avoir rencontré la souffrance, qu'en est-il plus précisément de la souffrance mentale des patients ? Il s'agit sans doute, de cette difficulté à établir des « liens psychiques », au nombre de trois (selon Wilfred BION) : *les liens d'amour, de haine et de connaissance*.

Il apparaît alors que le dépassement de ces impasses relationnelles ne peut être réalisé que par la constitution d'un autre objet, un objet symbolique, qui est en quelque sorte Tiers entre soi-même et l'Autre. Voilà une ouverture sur la dimension du travail infirmier en psychiatrie.

## Compétences du soignant infirmier en psychiatrie et en santé mentale

Il ne s'agit que de retracer des points de repère pouvant servir d'ancrage à des réquisits de formation.

L'infirmier, en tant que soignant, doit être capable :

- d'identifier des problèmes de soins,
- de réaliser une intervention de soins.

Qu'est-ce que cela implique ?

### **Identification des problèmes de soins**

L'infirmier voit tout d'abord chez la personne malade, non pas des symptômes mais des « phénomènes ». Les troubles et affections des patients sont des phénomènes qui deviennent des symptômes par une manière de lire, de les interpréter. Ce qui paraît important c'est que ces troubles et affections du corps deviennent symptômes dans la mesure où l'infirmier ne les considère pas isolément, mais dans leur polysémie possible en rapport avec les différentes dimensions de l'être : la somatique et le psychique, d'où le retentissement sur l'identification des problèmes de soins et les connaissances nécessaires à cette identification.

### **Réaliser une intervention de soins**

Une telle réalisation implique deux éléments :

D'une part, *l'appréhension de la personne soignée dans sa singularité* : en d'autres termes, le soin se centre sur les aspects émotionnels, intellectuels et sociaux de la personnalité du malade. Le rôle thérapeutique ne s'arrête plus au traitement médicamenteux, mais se diversifie : prise en charge du patient au sein de la communauté sociale, prise en charge thérapeutique des familles, intervention dans la collectivité et ses dimensions culturelles.

D'autre part, *le travail sur la relation de soins* (soignant/soigné, en situation) : les modalités de travail en groupe – puisqu'on ne se soigne pas seul – font partie intégrale de la pratique de soins. Cela signifie de considérer les différentes techniques de soins et leur mise en place strictement dans leur rapport aux problématiques relationnelles qu'elles sont censées contribuer à résoudre : en direction des soignés (modalités d'encadrement de la vie quotidienne, ateliers thérapeutiques...), en direction des soignants (réunions cliniques de supervision, de régulation, de synthèse...) et de l'organisation des relations de vie et de travail (réunion soignants/soignés, dossier de soins, organisation du travail en équipe...)

### **L'acte soignant**

Tout ce processus produit un acte soignant car il est susceptible d'être repris par le soigné, dans la mesure où il inscrit la relation soignant/soigné dans la perspective de l'angoisse et du transfert, et qu'il donne ainsi signification aux multiples situations quotidiennes (le repas thérapeutique, telle ou telle situation d'atelier...).

## **Conséquences sur les réquisits de formation**

Les quelques réflexions qui vont suivre pourraient commencer à préciser les éléments de base d'une « charte » de la formation du soignant-infirmier en psychiatrie avec pour conséquence :

le programme de formation, c'est-à-dire les contenus de formation,

le projet de formation, c'est-à-dire les objectifs et modalités pédagogiques.

### **Le programme**

Il comprend les disciplines de base traditionnelles – dont le « sens » devrait sans doute être reconsidéré – auxquelles ont été adjointes, depuis quelques années, les sciences humaines. Mais, comme il doit s'agir d'une formation professionnelle, la dimension du travail infirmier implique aussi d'y ajouter l'étude des soins *extra muros* (aussi bien qu'*intra muros*) et l'étude de la signification des structures de secteur. En outre, si l'on désire travailler la question de la relation, et donc éviter la technicisation des relations, il faut comprendre que l'on soigne avec ce que l'on sait en même temps qu'avec ce que l'on est, ce qui implique la nécessité de formations à dimension personnelle et groupale. Il s'agit de rappeler la nécessité d'une formation à l'observation : l'observation ne va pas de soi, n'est pas une activité neutre et les pré-jugés, au lieu d'être des obstacles, s'ils sont pris en considération et travaillés, peuvent être des atouts, à condition de n'être pas systématiquement écartés. Il convient donc non seulement de connaître les techniques de soins mais encore d'être formé à savoir faire l'analyse de leur signification, de leur sens. Ceci ouvre donc la question de la formation en terme non plus seulement de programme mais aussi de projet.

## Le projet

Ces quelques grandes lignes concernent autant les étudiants-infirmiers que les enseignants-formateurs.

Si nous considérons la pratique des soins comme une véritable pratique sociale – et la dimension symbolique des actes de soins, que nous avons précisée, abonde en ce sens – il en est de même pour les pratiques de formation. On peut donc considérer qu'elles vont acquérir une valeur formative de modèle des pratiques sociales et être spontanément projetées dans les pratiques de soins. Elles montrent l'importance de dégager des orientations pédagogiques véritablement formatives de la dimension du *sujet*. Il s'agirait alors que les diverses institutions de formation s'en emparent, les intègrent dans leur projet et les réalisent.

## Instruction et formation

Nous pensons qu'il y a une *différence entre instruction et formation*. Dans l'instruction, il y a surtout une divulgation des connaissances et leur caractère de légitimité reste essentiellement extérieur au sujet en formation : on apprend plus que l'on ne comprend. Cette perspective (normative) ne se préoccupe pas de la dimension *appropriative* de la connaissance, laquelle suppose un changement chez l'apprenant, une modification de son rapport à la connaissance et au monde. Quel statut d'autorité la connaissance a-t-elle auprès des étudiants ? Est-ce une autorité de type normatif, surmoïque, autorité idéalisée ou idéalisante, fonctionnant seulement comme un corps abstrait de connaissances constituées qu'il s'agit d'apprendre pour elles-mêmes ? Ou bien, est-ce une autorité concrète, où les connaissances permettent de comprendre les dimensions de la réalité, créant même ces dimensions de la réalité, c'est-à-dire l'accentuation, l'agrandissement, l'approfondissement du lien d'appartenance de l'individu au monde, sa signification d'existence ? Dans cette dernière perspective se trouve posée la question du sens.

## Un double principe pédagogique

Cette question du sens, prise comme finalité de formation, implique un double principe pédagogique :

*Un « non émiettement » des connaissances*

Le traitement d'une connaissance *particulière* suppose aussi de la replacer dans un *ensemble*, son ensemble relationnel qu'il s'agit de connaître et de comprendre.

*Exemples* : une visite à domicile ou un atelier d'activité n'ont pas de caractère thérapeutique en soi. Que les techniques d'entretien ou les règles régissant l'activité soient respectées (et donc qu'elles aient été apprises de même que les règles du respect du patient et de la « bonne distance » relationnelle), tout cela n'est rien s'il n'est pas enseigné que leur dimension thérapeutique réside essentiellement dans le caractère symbolique de ces actions, lequel ne peut exister sans l'insertion de ces activités au sein d'un projet qui les fonde et auquel elles donnent sens en retour au travers d'une reprise en pensée de la part des soignants dans les diverses réunions cliniques. En ce sens, une pédagogie des stages s'impose à la réflexion.

Dans ce même ordre d'idée, l'enseignement de la psychopathologie ne devrait pas avoir lieu sans être accompagné ou inséré dans l'étude et la compréhension du développement psychique. Il n'y a de pathologie que du normal et il ne peut alors exister de psychopathologie « en soi ». Il s'agit donc de travailler à ne pas cliver –chez le soignant– le pathologique avec le normal et le normal avec le pathologique en contribuant à établir l'existence d'un lien mental chez le soignant en direction du soigné.

C'est ainsi que, dans le cadre de la formation, on contribuerait à former l'esprit à observer et décrire – sur le lieu même des pratiques de soins – les éléments appartenant aux situations vécues pour qu'elles puissent être ensuite l'objet d'une analyse possible.

*Un « non émiettement » des comportements*

Les relations pédagogiques et l'organisation du travail doivent contribuer à ce que chaque intervention qui a lieu dans le contexte pédagogique soit doublement significative :

- qu'elle ait signification pour elle-même, dans sa ponctualité c'est sa dimension concrète, réalisante, particulière ;
- qu'elle soit reprise en signification de l'ensemble, à son propre niveau ; c'est sa dimension symbolique, qui fait connaissance.

Exemples :

- travailler le bien-fondé pédagogique et la cohérence pédagogique de telle ou telle pratique d'évaluation, de telle ou telle épreuve évaluative ;
- travailler la construction d'un enseignement, d'une séquence d'enseignement. Si l'acte de soin doit être un acte parlant, selon l'heureuse formule de Paul Claude RACAMIER, ceci laisse supposer des

paroles qui aient valeur actante (d'une mise en relation avec l'objet). Quelle est, alors, la parole de l'enseignant ?

Sa perspective est-elle que l'enseigné apprenne des conduites à (re)tenir vis-à-vis de l'objet ? Ou bien son orientation de parole est-elle de sorte que l'enseigné soit formé à élaborer une relation à l'objet et à le mettre en contact – non pas avec l'objet – mais, avec la dimension d'une relation à l'objet (le particulier) incluant la réflexion sur la finalité de cette relation (l'ensemble) ? Ainsi, à titre d'illustration, pourra-t-on reconnaître les particularités du travail avec les enfants, ou celles du travail avec les personnes âgées qui sont autant de questions posées à l'ensemble de la clinique et de la théorie.

Tout cela est à préciser, à examiner ensemble et à écrire... ■

\* Extrait des Troisièmes Assises des Infirmiers en Psychiatrie, qui se sont tenues à Rouen le 19 novembre 1994 et publié dans la revue SOINS PSYCHIATRIE - 1995 - n° 177

\*\* Jean-Yves CASAUX est psychopédagogue au CHS Charles Perrens à Bordeaux