

# PRATIQUE & RECHERCHES

*En Santé  
Mentale*

# N° 21

ISSN 1157-5135

## JOURNÉE DE BAGNOLES-DE-L'ORNE



**REVUE DE L'ASSOCIATION  
CROIX-MARINE  
DE BASSE-NORMANDIE**

**30 F**



## La transmission entre générations

La Transmission... plusieurs manières d'aborder la question : transmission d'un savoir, d'un savoir-faire; c'était le sens de l'intervention de MM. COUASNON et TERHEC : "la formation infirmière et son évolution"; dans le même ordre d'idée le serment d'Hippocrate s'est transmis quasiment intégralement au travers de très nombreuses générations de médecins depuis le Ve siècle avant Jésus-Christ (permanence réconfortante de l'idée au travers de l'évolution considérable des techniques). Transmissions conscientes, discutées, assumées, intégrées.

D'une manière différente, plusieurs orateurs se sont attachés à nous sensibiliser à l'importance des mécanismes de transmission, dans la sphère privée de la famille; les aspects majoritairement bénéfiques de cette transmission constitutifs de l'être humain n'ont été que rapidement évoqués. Ce n'était pas le cœur du sujet. L'accent a surtout été mis sur les aspects difficiles voire pathogènes de ces mécanismes, dès lors que la transmission concerne des éléments très (trop) douloureux qui ne peuvent être verbalisés et restent du domaine du secret, ou ne peuvent pas même être mentalisés.

Il s'en suit la transmission non pas d'une souffrance en tant qu'elle passerait directement d'une génération à l'autre, mais plutôt d'une zone d'ombre, d'une sorte de trou noir qui pèse, plie et distord le fonctionnement psychique et concourt à l'émergence de symptômes. Le rôle du soignant, s'il est amené à intervenir, consiste à concourir à la mise en mots de ce qui se méconnaît sous les symptômes observés. Mais une claire conscience des mécanismes en jeu amène aussi à relativiser la notion de pathologie mentale; le soignant paraît plus dans cette situation être "le jardinier de la santé mentale" que "le jardinier de la folie".

Sous un angle plus philosophique, la question de la transmission entre générations est aussi celle du débat entre déterminisme et liberté. Sommes-nous conditionnés par ce qui nous est transmis ou bien ce qui nous est transmis est-il le socle constitutif de notre liberté? Et le pari de la liberté c'est aussi l'acceptation de la responsabilité de ce que nous sommes. Cette liberté et cette responsabilité impliquent une prise de distance avec ce qui nous est transmis et ce qui nous entoure. Et si le monde nous a créés, nous le lui rendons bien puisque pour nous le langage est constitutif du monde.

Le langage, la parole, nous y revoilà.

Le Président,  
docteur Jean-François GOLSE.

## La réforme infirmière, son évolution

Par M. TERHEC,  
Surveillant-chef

**L**A RÉFORME du 30 mars 1992 clôt un débat qui s'était installé entre spécificité des soins en santé mentale ou spécialisation. De toute évidence, les professionnels cherchaient à faire évoluer leur formation et l'extraire d'une démarche généraliste amorcée par la Réforme du programme du 26 avril 1979, qui proposait un tronc commun d'introduction aux soins infirmiers.

Ce tronc commun développait un ensemble de connaissances à acquérir : anatomie, physiologie, psychologie, sociologie, organisation de la santé, et autres... L'étendue du programme contenait déjà les éléments de base nécessaires à la formation d'un véritable infirmier polyvalent qui sera promu par la réforme de 1992.

À des degrés divers, il est probable que d'autres logiques sont intervenues dans cet avènement : le débat que nous souhaiterions ouvrir dans le cadre de cette journée porte sur le malaise qu'évoquent les infirmiers polyvalents que j'ai rencontrés lorsqu'ils sont affectés dans les services de psychiatrie.

Les difficultés qui contribuent à ce malaise peuvent être répertoriées autour de trois axes :

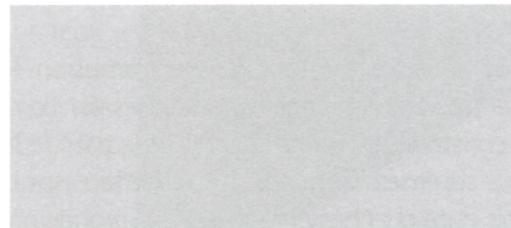
- culturel,
- théorique,
- pragmatique.

L'apprentissage se fait sur le terrain, "sur le tas", selon l'expression consacrée. La réforme de 1973 a pour objectif de former des infirmiers de secteur psychiatrique en 28 mois :

- en leur transmettant un savoir plus étendu, plus diversifié,
- en utilisant l'expérience pratique à des fins réflexives,
- en émancipant l'infirmier de la tutelle médicale.

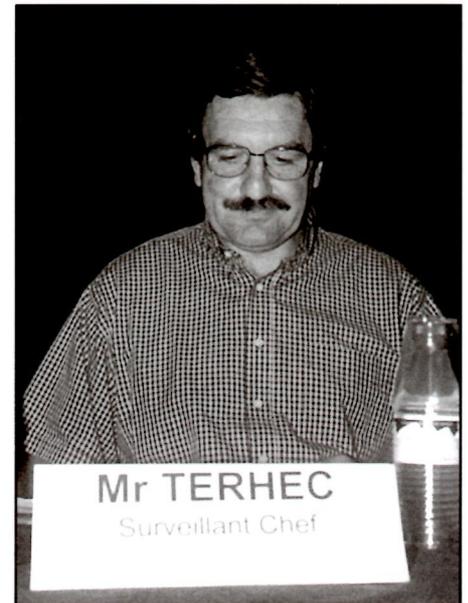
### La réforme de 1979 - 33 mois -

En même temps que le programme renforce les compétences (par des connaissances et des stages), elle renforce et réaffirme l'autonomie et la responsabilité de l'infirmier en délimitant son champ d'intervention.



Les stages sont de plus en plus diversifiés et objectivés dans le projet pédagogique. L'élève sort de son institution, "voyage" en d'autres lieux de soins.

La réforme engagée depuis 1992 propulse l'infirmier vers le mythe; la for-



mation lui assurera toutes les compétences, toutes les connaissances, mais le mythe n'est pas la réalité et les infirmiers en santé mentale n'ont pas choisi d'abandonner leur terrain. En ont-ils le choix?

Au cours de cette période 1955-1992, la formation des infirmiers s'est inscrite dans l'évolution des idées concernant la maladie mentale, le malade mental, l'assistance et les soins à proposer. Ce processus de formation est la reproduction des pratiques existantes, mais aussi la recherche vers une meilleure adéquation entre l'institué, la liberté individuelle du patient, sa souffrance et l'institutionnel que je qualifierai "d'ensemble de possible".

C'est cette recherche, cette "attitude réflexive" selon la définition de G. BACHELARD qui confère à la formation en santé mentale son cachet, c'est ce qui la différencie de l'apprentissage axé sur la reproduction des techniques et des savoirs. Attitude en reflet, attitude "réfléchissante". Cette culture de l'infirmier en santé

mentale s'est élaborée et transmise par le projet pédagogique et non par le programme.

Le projet est l'œuvre d'une équipe pédagogique inscrite dans l'histoire de l'établissement, dans ses contraintes, dans ses réalisations, dans ses aspirations ou inspirations.

Aujourd'hui peut-être dans ses expi-



rations. Formateur et formé sont parties solidaires d'un contrat passé avec une institution de soins. Dès sa première rencontre, le futur professionnel est mis dans "le bain", le programme de 1973 organisant même un cycle d'initiation pour ce baptême.

Cette même attitude, que l'on retrouve comme une valeur dans la formation des infirmiers en santé mentale, se transmet de promotion en promotion parce que le contexte l'impose. Confronté au "désordre" de la maladie, l'infirmier face au malade est inscrit dans une situation originale qui n'a rarement de solution toute faite. À travers ce propos, j'ai voulu montrer que l'activité de formation mobilisait 2 attitudes : une attitude réfléchissante tournée vers la reproduction de l'existant et une attitude tournée vers l'innovation, la création, la recherche de sens et l'ouver-

ture vers des possibles. Objectivement, reconnaître que les formations en soins généraux et en soins en santé mentale ne mobilisent pas les mêmes attitudes, ce n'est pas déprécier l'une par rapport à l'autre, c'est reconnaître un contexte différent dans ses finalités et ses modalités.

Ce malaise évoqué est peut-être passager, lié aux effets de nouveauté et de complexité de mise en œuvre de projet. Il est peut-être aussi le bruit du système, de son désordre, de son incapacité à assimiler, d'une discontinuité.

Je partage totalement le point de vue de Bernard HONORÉ dans "Une théorie de la formation" lorsqu'il écrit : *"la formation n'est pas seulement un processus concernant l'individu, mais elle caractérise aussi l'environnement, la société"*.

Elle est le processus de différenciation et d'intégration de niveaux d'environnement informé techniquement, symboliquement, relationnellement (intentionnellement). L'attitude intentionnelle (ou réflexive) qui est le moteur de ce processus, si elle n'est pas constamment entretenue, "activée", ouvrant toujours plus large la question du sens se dégrade dans les formes réfléchissantes de l'activité seulement répétitives. Je crois que la formation proposée aux infirmiers polyvalents s'est engluée dans la gestion d'un programme (intensif), escamotant la créativité, l'œuvre, le projet. L'infirmier polyvalent, fruit de ce malentendu, n'est pas sans qualités, sans compétences, mais il lui manque un air de famille. Qui est-il?

La question de la transmission de l'héritage est ouverte.

## **"MISE EN JEU" des conflits adolescents, parents, soignants.**

### **Sketch n° 1**

Bientôt les vacances, la belle vie! c'est la galère ces profs!

Si j'allais en boîte samedi soir.

S'éclater, ouais, génial, la techno à donf! de la bière et tout...

Ah! si Marion était là! Ah! Marion!

Bon, il faut taxer les vieux pour le fric.

Pas facile avec les graves!

Faut pas en faire une montagne, ça va assurer...

### **Sketch n° 2**

Encore sortir, pour aller où?

En boîte, tous les copains y vont.

Tu fréquentes encore ceux-là, toujours au café. Où trouvent-ils l'argent?

Tous ont de l'argent, pas toi?

T'en as jamais assez, l'argent c'est pour la maison.

Tu ne sors jamais? Quand tu sors, ta mère ne dort pas, je ne dors pas... T'as vu, à ton âge je ne sortais pas.

Tu veux sortir, ton travail n'est pas fait. T'as vu ta chambre, c'est moi qui dois tout ranger ici.

Tu veux sortir?

Non, tu ne sortiras pas!

J'enlèverai la roue de ton scooter.

Je prendrai la clef de ta chambre (*le père fait semblant de le saisir, de le secouer*).

Aller en boîte, aller en boîte, je vais en boîte moi? au travail, pas en boîte!

Quoi, tu veux te tirer? te tuer?

Comédie tout ça, comédie, (*il renverse une chaise d'un coup de pied et s'enfuit*).

### **Sketch n° 3**

Silence lourd.

Je veux sortir, je peux sortir docteur?

Je ne suis pas fou!

Mon père m'a empêché de sortir, il m'a frappé, j'ai encore les marques, là, il est fou. Ma mère est folle, elle ne dort pas, ils sont complètement fous.

Je veux partir (*il se lève*).

J'ai rien à dire.

Si je sors pas, je casse tout, je vais me tuer.  
Cette fois, ce sera la bonne, je m'en fous.  
Il sort.

#### **Sketch n° 4**

*(le père s'adresse au public comme à un médecin).*

C'est ma femme et mon fils, ils se disputent pour des riens, je suis le tampon entre les deux, j'ai fait tout ce que j'ai pu.

Il n'obéit pas.

Il ne veut rien faire.

Il ne travaille pas à l'école, il ne range rien, même pas ses slips, alors...

Il veut tout commander, sa sœur, tout le monde, je ne commande plus chez moi, ça va mal finir, c'est de sa faute!

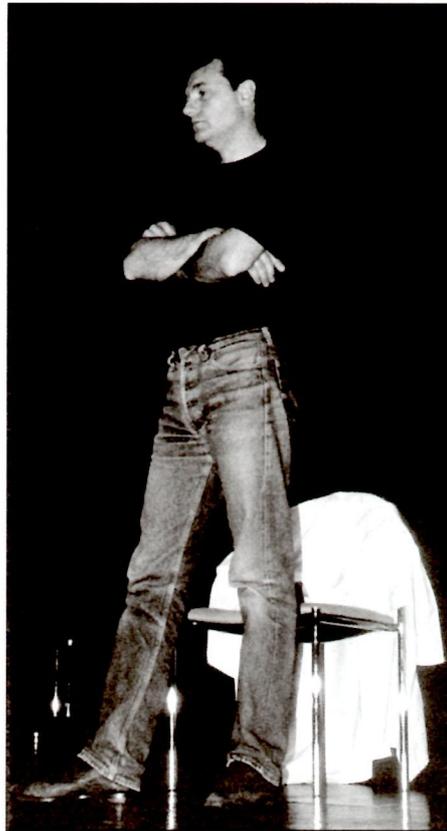
Il a le caractère de sa mère, sa mère ne supporte rien non plus, elle a toujours raison.

Elle pense toutes les nuits à son frère qui s'est tué en voiture, il était sorti la nuit, alors vous pensez quand son fils sort.

Je suis toujours le tampon, et ma femme lui donne toujours raison à son fils, tous les deux sont contre moi.

Moi, je veux que mon fils soit bien élevé, je m'occupe de tout, je range tout, je dois ranger même après ma femme.

À qui je ressemble?



Sketch "mise en jeu".

Ah! je ressemble à mon père.

Pour mon père, tout doit être droit, en ordre, impeccable.

Depuis quand il est comme ça?

Je ne sais pas.

Ah si, ma mère disait que c'était depuis qu'il avait été prisonnier en Indochine, dans

un camp.

Il n'en parle jamais, mais depuis, il fouillait tout, rangeait tout, surveillait tout.

Il disait seulement, ah, ces jaunes, ces faces de cuivre.

Je suis comme mon père.

Docteur, faites les obéir, c'est lui qui fait le bazar, ma femme ne dort plus, ça va mal finir.

#### **Sketch n° 5**

*Un soignant.*

Vous avez vu comme cet ado est impulsif, comme les parents sont rigides.

L'ado n'obéit pas, ne supporte pas l'autorité.

La mère est une anxieuse, le père un dictateur.

Être pour les parents? Être pour les jeunes?

En quelques minutes il se suicide, choisit la mort, balance son cadavre à ses parents, le plus fort c'est qu'il serait encore en vie à regarder ses parents souffrir, à regarder son triomphe, c'est la toute puissance!

Pauvres parents, des années à se rigidifier, à ne pas faire leur deuil, des morts qui continuent à vivre!

C'est bien bloqué.

Personne ne veut se soigner.

Les soins et les soignants sont opposés.

On ne peut rien faire.

## **Comment apparaissent, pendant l'observation d'un bébé en famille, les phénomènes intergénérationnels**

Par Noëlle BOSQUET,

Infirmière de secteur psychiatrique.



**J**E PROPOSE de présenter une expérience d'observation dans une famille en difficulté. Je suis infirmière de secteur psychiatrique, je travaille au C.M.P. pour enfants à Argentan.

Nous avons mis en place un groupe de travail afin de prendre en compte de

façon plus spécifique le travail avec les tout-petits, ainsi que la prévention. C'est dans ce cadre de prévention que j'ai été amenée à proposer une observation à une famille.

Il s'agit d'observer un enfant dans sa famille, de la naissance à environ deux ans, ceci à raison d'une heure par

semaine, même jour, même heure.

Je vous présente la famille brièvement. D'un premier lit, Madame a eu quatre enfants dont elle a la garde, elle décrit cette expérience conjugale comme un temps d'extrême violence. Elle est remariée, Monsieur et Madame ont maintenant deux enfants. Ce monsieur montre

lui aussi une grande souffrance, il a une grave difficulté de parole, il peut exprimer de la violence.

Mme a connu la violence, la maltraitance, et a été abusée sexuellement dans son enfance. Les quatre enfants du premier lit, ainsi que le premier enfant du couple actuel ont présenté une grave détresse psychologique. Ils ont tous consulté, la famille étant fortement conseillée par l'A.E.M.O. et le juge pour enfants. Comme j'avais été amenée à m'occuper des deux plus jeunes enfants, cela avait créé des liens de confiance avec la famille, et la maman étant préoccupée par la naissance d'un nouveau bébé, j'ai alors proposé de mettre en place ce travail de prévention. Tout de suite Mme a été d'accord, et je me rappelle l'émotion que j'ai ressentie lorsque Monsieur, tellement inaccessible habituellement, m'a dit très clairement : "*oh oui, c'est tellement difficile un enfant*".

Je vais essayer de montrer comment au cours d'observations on peut voir s'organiser le passage de l'histoire familiale d'une génération à l'autre, en lisant plusieurs fragments d'observations qui m'ont paru significatifs.

### **OBSERVATION 2 : le bébé a 21 jours**

...Elle le recouche pendant qu'elle va réchauffer le biberon. Elle lui dit : "*Guillaume, ne pleure pas*".

Le regard du bébé s'est accroché au buffet à côté du landau. Mme revient, elle prend le bébé, et s'assoit sur une chaise, elle ne s'installe pas de manière confortable.

Mme me dit à nouveau qu'il ne finit pas ses biberons. Elle lui met le biberon en bouche, elle fait cela de façon très particulière, elle mobilise quasiment continuellement la tétine, dans un mouvement de rotation et aussi de va et vient, elle se met à me parler sans interruption. Elle évoque les pleurs du bébé ces deux dernières nuits, elle dit le premier mois difficile après la naissance de l'autre enfant,

car Monsieur n'était pas là. Elle parle de sa mère qui ne voulait pas qu'elle se lave pour des économies d'eau, elle évoque ses sœurs jumelles, ses frères, dit ne pas être comme eux, car, elle, elle se lave. Elle dit ne pas être comme sa mère qui se mettait de l'eau de Cologne par-dessus la crasse.

Elle parle des difficultés d'une autre de ses filles (enfant du premier mariage), des attouchements sexuels subis, de la peur de celle-ci que son mari actuel soit comme son père.

### **OBSERVATION 4 : il a 1 mois 5 jours**

...Elle lui remet le biberon en bouche. Le bébé a une mimique de rejet que la maman ne semble pas voir.

Elle insiste, toujours avec cette façon de mobiliser la tétine dans un mouvement de rotation. Il tète un peu, s'arrête, recommence. Mme l'encourage de quelques mots. Elle mobilise toujours la tétine.

Pendant qu'il a la tétine en bouche, elle me raconte une nouvelle histoire : cette fois c'est une femme qui est entrée dans l'appartement alors que Madame ne voulait pas. Puis, elle me raconte à nouveau la séquence du marchand de tapis qui était entré sans qu'elle l'y autorise. J'ai alors un sentiment très fort d'intrusion. Le bébé tétouille, puis il recrache la tétine.

Madame dit qu'il n'en veut plus...

### **OBSERVATION 43 : il a 13 mois 11 jours**

...Elle lui donne quelques cuillerées, il ne semble pas affamé. Mme parle de la copine du fils aîné, des difficultés psychologiques rencontrées par celle-ci, et des difficultés de sa famille. Je ressens quelque chose d'un "trop dit".

Je constate avec soulagement le refus du bébé de se nourrir, et je pense à tout ce qu'elle me racontait de sa vie personnelle les premiers mois pendant qu'elle le

nourrissait au biberon.

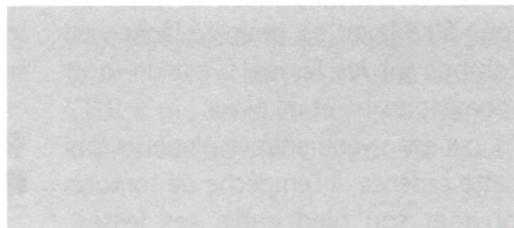
Elle détaille les dysfonctionnements sexuels de cette famille, (entre autres : la mère récemment au cours d'un repas où ils étaient tous conviés, s'est dénudée devant tout le monde... et aussi la copine dépuclée par l'amant de la mère).

Pendant cette description, le bébé a saisi le support du puzzle, il fait d'abord écran devant ses yeux, puis il se donne de grands coups sur le front. Un peu après, elle dit de la copine : "*quand elle est devant tout ça, elle tombe à nouveau dans un trou, dans un trou noir...*"

### **OBSERVATION 55 : il a 17 mois 21 jours**

...Il n'est pas coopératif pour se laisser allonger le temps du déshabillage. Dès qu'il est allongé, il donne de forts coups de pied dans le thorax de Mme. Je découvre à ce moment que le rouleau de Balatum a disparu (ce rouleau était utilisé par l'enfant pour faire disparaître les objets).

Mme le met dans l'eau, elle lui lave la



tête. Elle raconte, avec plaisir, le jeu de Guillaume hier, il se tenait au canapé et jouait à tomber.

Je ne sais trop pourquoi, mais à ce moment je dis : "*ah! quand on a 18 mois - 2 ans!*" elle répond aussitôt sur l'interdiction par sa mère de se laver, puis évoque son viol à 9 ans "*par trois gars de 17 ans*", sa mère qui l'avait battue à la suite, à cause des vêtements déchirés, et lui reprochant de les avoir aguichés.

Elle parle alors à mi-voix comme pour qu'il n'y ait que moi qui entende. Je redis à nouveau, en regardant Guillaume : "*on a tous eu 2 ans*", tout de suite elle dit : "*j'en ai vu du sang*", elle évoque les fusils

de son père, dit : "Je dis toujours que j'en veux à ma mère, mais mon père c'était pas mieux... mais j'en veux quand même plus à ma mère qu'à mon père".

Elle évoque à la suite la seule fois où elle a tapé sa fille aînée, dit n'avoir pas fait à ses enfants ce qu'elle a subi. Pendant ce temps Guillaume joue avec l'eau, dans un mouvement de ramener vers lui avec ses mains. Les pensées de Mme reviennent à son bébé, elle s'intéresse à ce qu'il fait, je ressens cela comme le mettre hors de cette histoire.



### (plus tard)

... Guillaume s'est approché du canapé, il joue à se lever, se tenir, se lâcher, et tomber sur les fesses. C'est un long moment de jeu et de plaisir.

M. qui est revenu entrave plusieurs fois cette cadence, il l'empêche de tomber, ou met son pied entre ses fesses, Mme essaie de limiter cette intervention, je la sens gênée.

À un moment, il le soulève toujours avec son pied et le maintient en hauteur, allongé au-dessus du canapé, Mme lui demande de ne pas faire cela, il lui fait sentir le vide, Guillaume émet un son plaintif... M. arrête, je crois qu'il s'aperçoit que c'est trop. M. part...

Je peux dire aussi qu'il y a eu le décès de la mère de Mme.

Mme venait d'apprendre le décès de sa mère, lorsque je suis arrivée pour une observation. Elle a montré sa difficulté à faire avec ses émotions, des histoires de bébés en danger sont revenues (des bébés de la famille).

Pendant que Mme montre toutes ces choses, dans un premier temps elle laisse son fils au lit dans la chambre, alors qu'il ne dort plus, puis plus tard, Guillaume semble loin de tout ça, j'ai observé : Mme a mis Guillaume par terre, il est debout, il essaie de marcher entre deux chaises, à un moment il lâche les genoux de sa maman, il tient seul.

J'ai remarqué deux coïncidences étonnantes : c'est lorsque la maman apprend le décès de sa mère que Guillaume se met à marcher, et c'est lorsque la maman apprend la maladie grave de son père, qu'elle lui ôte ses couches.

Comme si c'était la mort ou le danger de mort qui lui avait donné la notion du temps : le temps de la marche, le temps de propreté.

À un moment, dans une autre observation, est apparu le questionnement du pornogra-

phique en lien avec une cassette apportée par le fils adolescent en même temps qu'il invite sa petite amie dans la famille.

### **OBSERVATION 64 :** **il a 20 mois 21 jours**

Je me demande dans quel état je vais les retrouver après quinze jours de vacances durant lesquelles tous les enfants étaient à la maison. (les trois aînés sont en internat pendant la semaine).

Je pense à M. qui sans doute ne travaille pas à cause de la tempête et va être à la maison.

En montant l'escalier, dont le ménage n'est pas fait, je pense à Mme qui avant les vacances, avait fait le ménage des escaliers et le grand ménage chez elle. Des cendres de cigarette me font penser à M. Je sonne. Je remarque que la sonnerie fonctionne à nouveau. Mme m'ouvre la porte, son premier

réflexe est d'empêcher le chien de m'approcher de trop près (le nom du chien est un nom de la Bible, personnage qui a sauvé son peuple. Et c'est le même nom d'un chien précédent que Mme qualifie comme ayant élevé ses enfants).

En même temps son regard se porte vers la salle, elle interpelle Guillaume, je comprends donc aussitôt qu'il est dans cette pièce. Mme est habillée dans un grand pantalon de survêtement, et de deux pulls noirs superposés. Ses cheveux gras sont retenus tant bien que mal en queue de cheval, des barrettes retiennent les cheveux épars. Nous allons dans la salle.

La TV fonctionne, c'est une chaîne musicale. Guillaume est assis par terre, entre la TV et la table. Il me regarde sans un sourire, il semble sidéré, il tend sa main droite devant lui, il me regarde fixement, Mme dit étonnée : "eh, bien dis donc", le chien vient vers moi, Mme part l'enfermer dans la cuisine. Je remarque l'absence du canapé, je dis me rappeler qu'elle avait dit qu'ils devaient l'enlever. Guillaume est toujours assis à me regarder. Il est en pyjama, je le trouve fatigué.

Mme quitte la salle, je l'entends dans la salle de bain, Guillaume part à quatre pattes, il s'arrête net dans le couloir, un peu après m'avoir dépassée, il tourne la tête de mon côté, s'immobilise, il enfonce sa tête dans sa "nounou" (c'est son doudou) et il me regarde à nouveau, je pense alors à un jeu de coucou, il tourne



la tête de l'autre côté, il reste un temps comme cela, puis bascule en avant, sa tête est maintenant posée à terre toujours tournée vers moi, ses fesses ne touchent plus le sol, il reste dans cette position, immobile, pendant plusieurs

minutes; il me regarde toujours. Subitement, il repart à quatre pattes, (je suis surprise par la vivacité du mouvement), il est entré dans la salle de bain. J'entends Mme lui parler, je les rejoins, je reste à l'entrée de la salle de bain. Il est assis par terre entre la machine à laver et la baignoire. Il me regarde toujours sans un son. M. arrive de l'extérieur et se dirige vers la salle à manger. J'évoque le mauvais temps qui empêche de travailler. Mme tend les bras à Guillaume qui répond à sa sollicitation en esquissant un mouvement de bras vers elle. Mme le porte et l'assoit sur le matelas à langer. Elle le déshabille rapidement, elle regarde le bras gauche avec minutie, elle semble chercher des traces. M. vient nous rejoindre, il donne une chiquenaude sur le thorax de son fils, Mme proteste. Je sens M. et Mme plutôt distants.

- M. : "qu'est-ce que tu m'as fait cette nuit, un coup de pied?" (dois-je comprendre qu'il était dans leur lit?).

Je remarque son port de lunettes, il évoque le coût et dit sa colère contre la sécurité sociale, il est très fâché, les mots se bousculent, il quitte la salle de bain en affirmant qu'il ira mettre le bordel dans leurs papiers cet après-midi.

Mme met Guillaume dans l'eau, il paraît peu vivant, plutôt figé, Mme commente que ce n'est pas de se mettre en colère qui arrangera les choses

M. revient peu après en expliquant son achat de forets, il semble imposer à Mme un fil à linge qu'il installe dans le couloir; je comprends qu'il ne veut plus du sèche-linge, Mme semble laisser glisser sur elle cet accès d'autorité, M. repart, elle murmure : "hier, le linge n'était pas sec pour les enfants, j'ai utilisé le sèche-linge".

M. demande à Mme de façon autoritaire de faire attention aux oreilles, Mme répond agacée : "je ne fais que ça,

*faire attention*", elle me regarde alors, prenant appui sur moi. Mme lave la tête de Guillaume...

M. revient avec la perceuse, il prépare perceuse et forets sur le matelas à langer; il explique les travaux du couloir; les bruits de perceuse. Il donne des coups de baguette sur les fesses de sa femme en plaisantant, mais je ressens une grande violence contenue. Il repart. Le bain est



triste, peu dans la communication, Guillaume tourne le dos à sa maman. Mme suggère la sortie du bain...

Puis elle commence à lui laver le thorax, le dos, il se met debout coopérant, pour que Mme lui lave les fesses. Mme s'adresse à son fils, d'une voix haute et forte, sans doute pour M. et en me regardant : "il n'y a pas que Guillaume qui a peur de la perceuse, le chien aussi". Au moment précis où elle ébauche le geste de le sortir de la baignoire, M. dans le couloir met la perceuse en marche. Guillaume est alors hors de l'eau, dans le vide, juste soutenu sous les aisselles. Il se met à hurler; il essaie de s'accrocher à sa maman, Mme est très enveloppante, le contient contre elle, lui bouche les oreilles, lui parle pour l'apaiser. C'est un bruit terrible, envahissant. Guillaume est complètement défait, il a des trémulations des membres, il continue à hurler; Mme l'assoit sur la table à langer, il est face à elle, elle le met contre elle, il se calme un peu, en même temps que le bruit s'estompe.

De plus belle, le bruit reprend, je trouve

insupportable et le bruit et le fait que le mal-être de Guillaume ne soit pas entendu par M., le bruit est partout à la fois, résonnant, intrusif, incontrôlable. Malgré l'effort de Mme pour le contenir; Guillaume est toujours mal, il garde une trémulation du menton. Nous entendons M. au loin dans le bruit de la perceuse, il commente que Guillaume ne va pas être élevé dans du coton. Je ressens quelque chose de très violent et de persécutant.

Je m'adresse à Guillaume, M. peut entendre : "les gros bruits ça fait peur à tous les bébés, ton papa ne se rappelle pas qu'il a eu peur".

J'entends M. au loin : "moi, je n'ai jamais eu peur".

Guillaume s'est alors arrêté de pleurer, il me regarde, il n'est plus paniqué. La perceuse est remise en marche, il se remet à pleurer, mais sans chercher d'agrippement, M. arrête la perceuse

aussitôt, je pense qu'il a tenu compte des pleurs, Guillaume cesse de pleurer aussitôt. M. nous rejoint. Il montre à nouveau son côté violent et persécuter, en disant que c'est normal, Guillaume "a besoin de ça".

- Moi : "vous croyez, on vous aurait fait des choses comme ça à vous?".

Guillaume toujours assis face à sa maman, s'est tourné vers moi, il me regarde. M. repart. Mme a donné sa nounou à Guillaume, il la met en bouche en regardant sa maman.

Dès que la perceuse se remet en marche, Mme le tient aussitôt fermement de chaque côté, elle le regarde avec force, il plonge son regard dans le mien, sa nounou toujours en bouche, chacun tenant les accrochages, et il supporte ce bruit qui n'en finit pas sans se sentir détruit. J'entends M. : "Ça va Guillaume?" Sa voix s'est adoucie, il semble plus humain.

Mme habille Guillaume, il pleure et refuse de s'allonger pour mettre sa couche. Du couloir M. dit qu'il va envoyer tout le

monde en ville pour pouvoir travailler tranquille.

Mme évoque le projet de son après-midi de demain, qu'elle veut annuler. Elle affirme sa volonté et son autonomie face à sa voisine qui a décidé pour elle, car elle ne veut pas que sa fille reste seule dehors en rentrant de l'école. Guillaume est habillé, elle le porte dans la salle, elle l'assoit sur la table en face d'elle afin de lui mettre ses chaussures.

Nous entendons M. : "attention!" puis la perceuse redémarre. Guillaume se sert de l'expérience de la salle de bain, il est face à sa maman, il me regarde, la perceuse ne l'atteint plus. Un peu après, il réussit même à suggérer un jeu de chatouilles avec sa maman, il me regarde, me sourit pendant que la perceuse fonctionne. M. vient nous rejoindre, il commente et explique son projet de continuer les travaux dans la salle, tape sur les quatre murs pour les sonder, il dit la dif-

férence entre le dur et le béton et les murs en plâtre.

Guillaume s'est emparé d'une pièce en chocolat qu'il mange avec plaisir. M. vient lui en croquer un bon morceau à son insu (je ressens son côté bébé qui veut aussi sa part d'observation). Guillaume reste assis sur la table, face à Mme, il regarde la TV, c'est un moment de jeux et de chatouilles, ils jouent vraiment tous les deux. Mme évoque les difficultés avec son fils aîné qui ne se lave pas. M. arrive, il explique qu'il ne veut pas manger avec lui car il est sale et sent mauvais. Il envisage de ne plus le recevoir, il s'assoit face à moi, il me dit : "vous allez peut-être dire que je suis dur, mais c'est comme ça".

Mme explique qu'elle lui a redonné la clef de la maison pour revenir le week-end prochain, pour lui donner une chance...

M. lui reproche, mais sans violence ni agressivité, d'être trop bonne. Plusieurs

fois Mme baille, montre sa fatigue, mais à aucun moment elle n'a dit que les vacances avaient été invivables. C'est là fin de l'heure, je dis au revoir à chacun. Depuis j'ai appris qu'un bruit de moteur avait une place particulière dans l'histoire de Mme.

**Pour les besoins de ce travail, j'ai choisi des moments particuliers, mais je veux aussi dire qu'il y a des moments moins difficiles, j'ai pu voir revivre cet enfant lorsqu'il était malade, j'ai pu observer une capacité de jeu et d'expression qui n'a cessé d'augmenter, c'est une animation qui est revenue, une animation jouée. Et c'est avec émotion que j'observe cette famille avancer doucement et se démarquer de son histoire familiale douloureuse.**

---

## Deuils et générations

Par Mme Bianca LECHEVALLIER,  
Psychiatre

---

**V**OUS CONNAISSEZ l'histoire de Peter Pan et du Capitaine Crochet. Ils sont les deux faces du même personnage : 1- Peter Pan qui s'est envolé le jour de sa naissance pour "le pays du jamais-jamais" pour ne jamais grandir ni devenir un homme, ne jamais pleurer, se sentir être "sensationnel, sensationnel". "Pan, qui es-tu?" demande Crochet. "Je suis la jeunesse, je suis la joie", répondit Peter spontanément. "Je suis un oisillon tombé du nid..."

Ces propos, à coup sûr, n'avaient guère de sens, mais ils prouvaient

au malheureux Crochet que Peter ignorait tout de lui-même.

2- Crochet, quant à lui, bouffi de vanité "était en vérité, profondément déprimé. Il était terriblement seul entouré de ses pirates. Ah, n'enviez pas Crochet...", élevé selon les règles strictes du savoir-vivre d'une illustre école anglaise, il se comportait en même temps comme un tyran cynique.

**Ces deux facettes, Peter Pan et Crochet, sont les projections d'un auteur : James Matthieu BARRIE.**



Si Peter avait perdu sa mère, BARRIE lui ne l'avait jamais quittée. Mais il l'avait perdue à la mort de son frère. Il ne pourrait jamais comme Peter Pan devenir le merveilleux garçon qu'il aurait voulu être pour elle.

Quand Peter Pan revient pour retrouver sa mère, elle ne l'entend pas. Il cogne en vain contre les barreaux de la fenêtre et sen retourne pour jamais. Cette fenêtre fermée par des barreaux, inaccessible, pourrait représenter les yeux de la mère endeuillée. Peter Pan dira que "les garçons perdus sont des bébés qui sont tombés de leurs landaus pendant que les nurses regardaient de l'autre côté".

Nous rencontrons beaucoup de Peter Pan dans notre pratique, enfant triste de K. KELLEY-LAINÉ, ou personnages narcissiques, cyniques, comme le capitaine Crochet.

Ces enfants perdus dans "le pays du jamais-jamais" risquent de tomber à nouveau des landaus thérapeutiques que nous leur proposons, si, comme les nurses de l'histoire, nous regardons de l'autre côté, soit parce qu'ils n'accrochent pas notre regard de leurs yeux tristes, soit parce que la cruauté ou le cynisme qu'ils expriment nous font détourner les yeux.

Comment un deuil de la génération précédente ou même antérieure peut-il retentir sur l'organisation psychique, l'histoire d'un sujet provoquer des réactions inconscientes de retrait ou ailleurs de fascination chez ceux qui le soignent ?

## Je vais d'abord rappeler quelques notions sur le deuil

Quand je parle de deuil ici, je parle de la mort réelle d'une personne réelle. Le terme de deuil a pu prendre une extension très grande par rapport à des idéaux, des personnes rêvées, un projet, un parti politique, une structure institutionnelle, une étape de la vie. Il faut, je pense, garder tout l'impact émotionnel que déclenche la mort d'une personne.

Cependant, FREUD a bien décrit (1915) un processus de deuil concernant aussi bien "la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal..." (p. 148).

Pourquoi est-ce que j'insiste aujourd'hui sur la mort d'une personne, dans cette approche transgénérationnelle ? Parce que le processus de deuil nécessite un rituel concret qui comprend un rituel autour du cadavre : entre le décès et l'enterrement, puis autour de la tombe, avec des codifications diverses selon les sociétés.

Il est important qu'il y ait une sépulture avec un nom inscrit sur une tombe. Le rituel comprend des réunions, des cérémonies dans les jours, les mois et les dates anniversaires pour se souvenir du mort, garder sa mémoire vivante et sa présence psychique dans la famille et les descendants qui participent à ces cérémonies.



Ce rituel implique des temps et des lieux pour pleurer le mort (pleureuses méditerranéennes comme les décrit pour le Liban N. KHOURY dans son livre consacré aux processus de deuil). Il permettra d'élaborer la douleur et l'agressivité contre ce mort, favorisera des identifications vivantes dans le souvenir.

Un processus normal va s'engager qui a un début, une fin.

*"Mais la tâche qu'elle impose ne peut être aussitôt remplie. En fait, elle est accomplie en détail, avec une grande dépense de temps et d'énergie d'investissement, et, pendant ce temps, l'existence de l'objet perdu se poursuit psychologiquement."*

*"Chacun des souvenirs, chacun des espoirs par lesquels la libido était liée à l'objet est mis sur le métier, surinvesti et le détachement de la libido est accompli sur lui. Pourquoi cette activité de compromis, où s'accomplit en détail le commandement de la réalité, est-elle si extraordinairement douloureuse ? il est difficile de l'expliquer sur des bases économiques. Il est remarquable que ce déplaisir de la douleur nous semble aller de soi. Mais le fait est que*

*le moi après avoir achevé le travail de deuil redevient libre et sans inhibitions."* (FREUD p. 150).

Si ce processus est accompli, les générations suivantes vont en bénéficier reprenant des identifications créatives à des personnages de l'histoire familiale, de façon consciente ou inconsciente. Cela est vrai pour les familles, les institutions psychiatriques, les sociétés. Ce sont des traits identificatoires qui sont repris, ce qui est différent de la pathologie des revenants ou des morts vivants. En effet, tout à fait différent est le sort des survivants

et des descendants d'un mort dont le deuil n'a pu être élaboré.

FREUD dans le même article parle de la mélancolie où tout se passe comme pour le deuil, mais avec une différence essentielle : la perte du sentiment d'estime de soi. FREUD dit que la libido qui se trouve libre à la fin du processus



de deuil, ne se déplace pas sur un nouvel objet, n'est pas utilisée, elle sert à établir une **identification du moi avec l'objet abandonné** (il s'agit d'une identification globale et non sélective).

FREUD dit, p. 158 :

*"l'ombre de l'objet tomba ainsi sur le moi qui put alors être jugé par une instance*

particulière (le surmoi) comme un objet comme l'objet abandonné".

Cela peut se produire dans des processus de deuils pathologiques lorsque, pour des raisons internes ou externes, le deuil normal ne peut s'effectuer.

Des conséquences graves vont s'en suivre pour les enfants des parents endeuillés. Les raisons internes, je ne les détaillerai pas, elles sont liées à l'agressivité de l'endeuillé contre le mort et sa culpabilité entraînant une idéalisation excessive du mort.

À la dépression du parent s'ajoutent des attitudes de projection, confondant un enfant avec le disparu. Les **raisons externes** sont mieux connues maintenant : il y a les **circonstances**

**honteuses** qui entourent le mort (son suicide, des histoires sexuelles transgressives). Le **secret** entoure sa disparition. Les descendants ignorent ce mort. Le risque est la crypte décrite par M. T O R O K e t N. ABRAHAM (p. 266) avec le non-dit, des attaques à la communication, à la pensée et des mécanismes psychotiques qui se répètent. **Les**

**enfants mort-nés ou morts en bas âge** peuvent être méconnus par les enfants conçus par la suite. Le non-dit concernant leur existence laisse dans l'irreprésentable les angoisses véhiculées par les parents.

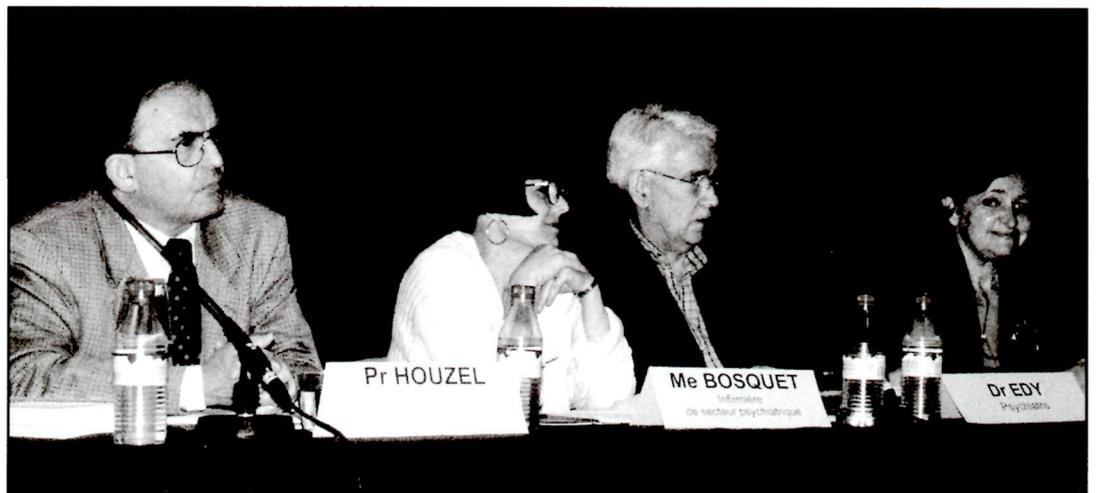
L'histoire de Peter Pan est une tentative créative d'élaboration de son auteur BARRIE de son lien avec sa mère endeuillée de son frère.

Salvador Dali porte le prénom "Sauveur" de son frère mort en bas âge. Il explique comment sa vocation artistique lui a permis d'échapper à la folie. Il montre en commentant l'œuvre de Millet, "l'Angélu", comment il percevait le couple du tableau comme des

parents penchés sur une tombe, lui rappelant la position fantasmatique de ses parents. Van Gogh était aussi un enfant survivant.

Plus récemment, des travaux comme ceux de M. HANUS et de S. LEBOVICI ont porté l'attention sur les enfants nés après le décès d'un frère ou d'une sœur, provoqué par une "mort subite du nourrisson". Les enfants survivants reçoivent les projections qui les identifient au mort.

E. FRANKO nous avait exposés ainsi le cas d'un enfant géophage, dans une famille véhiculant le non-dit de ses deuils. Dans ce cas, il se produit une transmission de la culpabilité inconsciente de la génération précédente,



La tribune

provoquant des conduites masochistes, voire suicidaires, par identification aux disparus. Ces mécanismes inconscients se produisent essentiellement dans les premières relations, lors d'échanges par le regard, le son de la voix, la peau. Ces échanges sont limités.

Le destin de l'enfant survivant peut réactualiser l'un ou l'autre des aspects Peter Pan :

■ ou celui de l'enfant triste avec une dépression du début de la vie avec tous les risques, depuis la psychose jusqu'à l'inhibition intellectuelle.

■ Ou l'organisation de défenses luttant contre la dépression. Ce sont des

défenses narcissiques (comme celle du capitaine Crochet). Le mot "crochet" est une métaphore qui renvoie à deux niveaux :

1- le crochet à la place d'un bras coupé : il en résulte une angoisse de castration insupportable. C'est un crochet métallique (sans sentiment, sans douleur) à la place du bras en chair sensible.

2- Le crochet, accrochage à une trace mnésique du début de la vie, perçue dans le regard du parent endeuillé, pour ne pas tomber dans le vide de la dépression. Il y a là une **conjonction d'attraction par le parent et d'accrochage chez l'enfant**. C'est un mécanisme que j'ai décrit dans certaines pathologies transgé-

nerationnelles : l'accrochage se fait par un mécanisme adhésif autistique à une trace mnésique inconsciente des premières rencontres avec la mère.

Par le biais de cette trace, il peut s'en suivre une identification à un mort. Ceci est particulièrement vrai lorsque pour des raisons extérieures **le mort n'est pas enterré, comme dans les guerres, les génocides**. La connaissance de ces

mécanismes peut permettre la prévention chez les survivants et particulièrement les enfants des drames actuels (Bosnie, Rwanda, Algérie).

À la cruauté de la guerre s'ajoute le souci des agresseurs, dans les processus



lever les secrets. Dans certains cas, des thérapies ou consultations familiales permettront le travail d'élaboration.

Je ne peux, pour des raisons de secret, terminer avec les exemples cliniques que j'avais exposés oralement. Il s'agissait de familles où des processus inconscients mystérieux avaient favorisé des processus psychopathologiques. Ainsi, dans l'un des cas, après le meurtre d'une arrière grand-mère au début du siècle, tenu secret par sa fille qui y avait assisté, des cas d'anorexie

généocidaires, de supprimer toute trace du mort : pas de tombe, pas de trace de nom. C'est une attaque contre la pensée des descendants.

J'ai décrit des troubles de la pensée dans les générations suivantes, troubles liés à la dépression constituée dans les premières relations identificatoires avec

Identifié à un mort vivant, il peut répéter une histoire douloureuse alors que personne dans la famille n'a pu pleurer le mort et transmettre son souvenir vivant. H. FAIMBERG a décrit le télescopage des générations. P. WILGOWICZ a parlé d'identification vampirique, Y. GAMPEL d'identification radioactive.

Je voudrais insister pour ces raisons sur l'importance de la prévention lorsqu'on est amené à voir en consultation ou en hospitalisation un endeuillé. La prévention s'adresse à son entourage familial et ses descendants. Il est important d'aider à exprimer la douleur, accomplir les rituels et

mentale sévère, de psychose infantile... s'étaient constitués dans les générations suivantes. Ailleurs, la prise en charge psychothérapique, individuelle et familiale a permis l'issue hors des processus mortifères répétitifs.

Je voudrais pour conclure dire que, heureusement, les processus de deuils ne sont pas synonymes de psychopathologie. Ils sont à l'origine de la transmission de traits identificatoires, source de créativité. Leur élaboration a permis la genèse d'œuvres artistiques. En particulier, une recherche d'Anne CLANCIER a mis en évidence le lien entre le premier poème d'un poète et un deuil.

le parent endeuillé. Mais aussi des troubles liés à l'accrochage, à de pseudo-identifications privilégiant la fixité et le non-sens car, dans les premiers échanges, l'enfant s'accroche à des messages sensoriels privilégiés pour un parent et chargés de sens quelquefois dans l'horreur pour lui et dépourvus de sens pour l'enfant.

Ces pseudo-identifications peuvent conduire à des actions suicidaires ou héroïques qui mettent en scène sans le savoir un mort vivant de la génération précédente. Le mort peut survivre chez un descendant qui joue le rôle de parent pour son parent endeuillé et ne reçoit pas le soutien indispensable.

### BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM N. & TOROK M. (1987). **L'écorce et le noyau**. Paris, Flammarion.
- BARRIE J.-M. (1992). **Peter Pan**. Paris, Folio Junior.
- FREUD S. (1915). *Deuil et mélancolie* in **Métapsychologie**. Paris, Gallimard.
- GILLIBERT J. & WILGOWICZ P. (1993). **L'ange exterminateur**. Bruxelles, Éditions de l'Université. Cerisy.
- LECHEVALLIER B. (1997). **Conséquences transgénérationnelles du génocide**. *Neuro-psy*, 12/2; 475.479.
- WILGOWICZ P. (1991). **Le vampirisme**. Lyon. Césura.

# La formation infirmière, son évolution

Par M. Joseph COUASNON,  
Cadre infirmier formateur C.H.G. Falaise

**I**NTERVENIR dans le cadre de cette journée en tant que formateur en soins infirmiers prend sens pour moi dans le fait qu'être formateur selon le dictionnaire, c'est : "faire exister, façonner, cultiver, instruire et transmettre".

## Transmettre à qui ? et quoi ?

### À qui ?

À de futurs infirmiers et infirmières polyvalents selon la nouvelle appellation depuis 1992, c'est-à-dire à des futurs professionnels de la santé devant développer des capacités de prise en charge des personnes soignées aussi bien en soins généraux qu'en psychiatrie. Je cite là un des objectifs généraux du programme de 1992.

### Transmettre quoi ?

Théoriquement des savoirs, savoir-faire et savoir-être qui permettront aux infirmiers et aux infirmières de développer des compétences dans les deux secteurs (soins généraux et psychia-

triques). L'exercice de cette fonction de formateur au travers des programmes de 1973-1979 et 1992 fait l'objet à ce jour de quelques réflexions que je souhaiterais vous faire partager. Elles sont centrées sur :

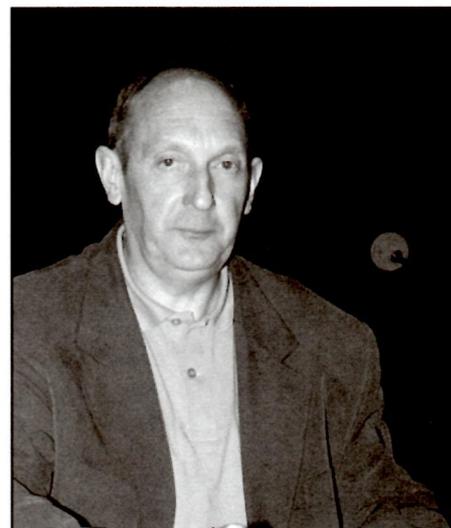
- premièrement : un bref rappel de l'organisation des études en soins infirmiers et des effets produits auprès des étudiants,
- deuxièmement : une proposition de pistes de réflexion établie au regard des difficultés rencontrées, soit par les étudiants, soit par les soignants, en attente pour ces derniers, d'un autre profil d'infirmier en santé mentale.

### Tout d'abord le programme de 1992 (décret du 23/03/1992)

Ce programme des études, qui permet l'obtention d'un diplôme d'infirmier (et d'infirmière) polyvalent, est développé sur 38 mois alors qu'il était prévu sur quatre ans. Ces quatre années n'ont pas reçu l'aval du Sénat pour des raisons économiques et stratégiques.

Afin de répondre aux objectifs généraux qui définissent vaguement et de façon réductrice, à mon avis, les orientations de la formation ; des moyens sont mis en place par les équipes pédagogiques, ce sont :

■ l'organisation des cours théoriques : un nombre de modules obligatoires est imposé par année d'étude. Le choix des modules est laissé à l'initiative de chaque équipe. À ce propos, je dirai qu'au niveau temps, il est pratiquement impossible de placer dans le temps les



trois cent soixante heures de psychiatrie adulte, plus les quarante heures de pédo-psychiatrie, sans évincer certains modules de soins généraux... Vous devinez bien là le poids des stratégies mises en place par les différentes équipes pédagogiques autour du projet pédagogique de chaque institut de formation...

■ L'organisation des stages : (santé mentale) :

**en 1re année :**

- 1 stage de 4 semaines en psychiatrie adulte,

**en 2e année :**

- 1 stage de 4 semaines en psychiatrie ou en géro-psycho-geriatrie,
- 1 stage en pédo-psychiatrie ou en pédiatrie,

**en 3e année :**

- 1 stage de 4 semaines en psychiatrie adulte.

À cette liste, il faut ajouter 2 stages optionnels au cours des trois ans, selon le projet professionnel de l'étudiant.

**Abordons maintenant les points qui soulèvent le plus de difficultés** pour les étudiants et aussi pour moi-même en tant que formateur.

Le développement des savoirs théoriques se fait de façon très condensée et les étudiants sont très souvent en situation de préparation d'évaluation. De ce fait, ils ne sont pas disponibles pour que s'opèrent, au cours de la formation, les liens entre les théories et les



pratiques de soins. Ils sont "en souffrance d'analyse", et là je cite le propos d'une infirmière diplômée en décembre 1995, travaillant en psychiatrie.

Le développement des savoir-faire renvoie aux stages et le constat que nous faisons, c'est que les apprentissages du faire sont principalement centrés autour des techniques de soins gestuels. À savoir que les étudiants sont en stage pendant 26 semaines à l'hôpital général et 12 semaines en psychiatrie, à condition que certains stages de psychiatrie adulte ne se cantonnent pas uniquement au secteur de personnes âgées.

À l'hôpital général, les liens sont essentiellement basés sur la transmission de gestes techniques. La plupart du temps, un étudiant est qualifié de "bon" lorsque ses futurs pairs, les infirmières, l'auront jugé apte à reproduire correctement les actes techniques. Il correspond alors au profil attendu "d'un bon infirmier" qui participe à la guérison des patients qui séjournent peu de temps à l'hôpital. Quant à l'aspect relationnel du soin, il est vécu par les étudiants comme "quelque chose en plus" et "si on a le temps". Je constate que la plupart des étudiants se retrouvent bien dans ce modèle et y ancrent leur projet professionnel.

En psychiatrie, les liens entre théories et pratiques soignantes ont beaucoup plus de difficulté à s'opérer.

#### **Pourquoi?**

La réponse à cette question fait l'objet d'un débat à lui seul. Néanmoins, j'y vois deux raisons :

- **la première est d'ordre conceptuel.** Elle touche les représentations

qu'ont les étudiants de l'infirmier et l'infirmière, la conception qu'ils ont de l'Homme avec un grand H et de l'adhésion plus ou moins forte aux concepts de guérison, d'aide et d'accompagnement.

- **La seconde est d'ordre technique :** le temps passé près des personnes soignées en santé mentale et/ou en psychiatrie est trop bref et par conséquent ne permet pas aux étudiants d'approprier les outils essentiels du soin en psychiatrie que sont l'écoute, la parole, l'accueil, la disponibilité et le temps comme nous le rappelait Lionel FIZE à Flers en octobre dernier.

De ces deux raisons avancées, il en découle que les étudiants qui portent



de l'intérêt à la psychiatrie se sentent, à leurs dires, démunis de capacités pour prendre en charge une personne présentant des troubles psychiatriques et/ou psychologiques.

#### **Au regard des problèmes rencontrés, comment réagir ?**

Je pense comme de nombreux formateurs que nous, les professionnels (directeurs d'établissements, médecins, directeurs des soins infirmiers, responsables de formation continue, infirmier, (ère), cadres infirmiers et formateurs), il est de notre responsabilité de proposer à ces soignants des compléments de formation, car eux ne souhaitent qu'Évoluer.

#### **Cette évolution se qualifie-t-elle de "Polyvalence" ou de "Spécialisation" ?**

La réponse à cette question est livrée à nos réflexions et à nos écrits.

C'est là une voie sur laquelle nous, travailleurs en santé mentale, nous pourrions nous engager : c'est-à-dire nous rencontrer pour réfléchir, mettre en commun et écrire ce que sont nos compétences spécifiques et par là même développer nos expertises selon notre champ d'action. Ce serait affirmer notre identité, ce qui aurait pour effet au niveau de la formation :

- 1- de redéfinir les objectifs du programme,
- 2- d'inciter les responsables de formation continue à mettre en place des actions de formation.

Certains hôpitaux psychiatriques se sont déjà engagés dans ce sens (Maison Blanche et le Vinatier).

Pour conclure ce propos, je citerai un sociologue et infirmier de secteur psychiatrique, Marcel JAEGER qui nous dit à propos de la psychiatrie "qu'elle ne se suffit pas d'interventions ponctuelles et techniques, qu'elle consiste aussi à aider des

malades à vivre en vivant près d'eux" (Nervure, mai 1990. *Les infirmiers psychiatriques : une profession en question*). L'interprétation de cette citation m'amène à affirmer que si la formation infirmière actuelle veut évoluer, elle se doit de prendre en compte la dimension sociale et éducative du travail des soignants en psychiatrie et que cela ne pourra se faire que par l'affirmation de nos compétences, et Marcel JAEGER de dire à ce propos, deux ans avant la sortie du programme de 1992 : "**l'avenir dira si la sortie définitive du gardiennage asilaire aura dû se payer de la fin d'une profession, d'une dissolution, d'une spécificité ou au contraire d'une redéfinition de nos compétences ?**"

# Évolution ou retour au même entre les générations institutionnelles

Par le Dr Edy,  
Psychiatre

**L**ES INSTITUTIONS ont été construites par plusieurs générations. Les institutions sont les véritables lieux transgénérationnels. Chaque génération a laissé des traces visibles ou invisibles, connues ou oubliées, les traces les plus visibles sont celles de l'architecture et celles retrouvées dans les organisations successives. Les traces institutionnelles ont parfois croisé les traces familiales mais les traces institutionnelles remontent plus loin dans l'histoire que les histoires de familles.

Il y a, paraît-il, autant de théories institutionnelles que de fleurs dans les champs, aussi je ne propose d'étudier ici qu'un élément transgénérationnel, le plus désagréable mais le plus visible. Cet élément nous l'avons tous expérimenté, dans les réunions, dans les lieux de rencontre collectifs, avec les patients, les enfants dans l'hôpital psychiatrique ou ailleurs. Souvenez-vous de vos premières impressions lorsque vous êtes entré la première fois dans les salles communes, lorsque vous avez assisté à vos premières réunions soignant-soigné. C'est d'abord une ambiance bizarre, un vide envahissant, des silences lourds, des immobilités figées avec de brusques trop pleins d'agitation, de bruits de cris plaintifs ou de fureurs agressives ou érotiques. Ce mélange chaotique a aussi un langage corporel, mais il ne dit le plus souvent que des choses incompréhensibles, des choses adressées à des absents.

**Est-ce que ce serait l'équivalent collectif** de ce que FREUD a décrit chez l'individu comme inquiétante étrangeté,

**"l'unheimlich"**? Ce serait le retour de la pensée animiste, magique, ce qui nous conduit à la horde primitive et à "Totem et Tabou".

**Est-ce que ce serait l'équivalent collectif de ce que BION appelle "Les pensées sauvages"**? Ce sont les pensées errantes, vagabondes, extravagantes qui n'ont pas encore trouvé comment s'articuler en langage compréhensible, en se réunissant, en se civilisant.

**Que penser de ce mélange chaotique?**

Il est fait des petits chaos personnels de chacun; on peut externaliser son chaos intérieur.

Il est fait aussi des chaos qui peuvent envahir les relations interpersonnelles. Il est plus que le chaos institutionnel lorsqu'ordre et désordre s'opposent dans l'institution.

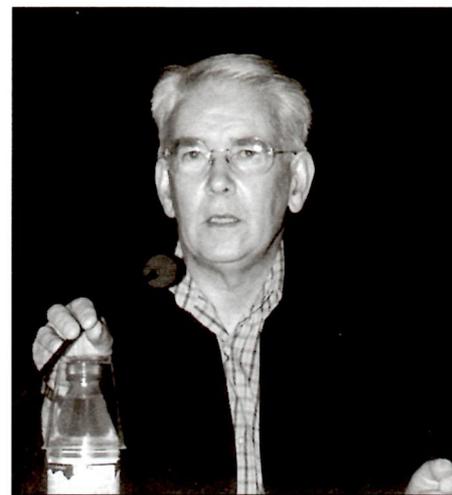
C'est aussi un chaos transgénérationnel, il fait partie de la culture de l'hôpital psychiatrique. Il est la somme et plus que la somme de tous ces chaos réunis, car leur réunion va créer une entité nouvelle, une configuration reconnaissable de générations en générations, d'hôpitaux en hôpitaux.

Cette configuration chaotique est toujours là, présente, passée, future, hors du temps.

Elle se transmet telle quelle, d'une génération à une autre.

Elle est de même nature. C'est toujours un amalgame, un assemblage incohérent, discordant, surréaliste, d'éléments sans lien :

- même s'il varie en quantité,



- même s'il varie en qualité de ses participants,
- même s'il varie dans les lieux où il se trouve.

**Quelle est l'évolution historique de cette configuration, de ce mélange chaotique?**

Chaque génération essaie de l'organiser. Faisons un peu l'histoire des tentatives d'organisation du chaos :

■ maintenant comme il est souvent plein de fumée, c'est partie fumeur, partie non-fumeur.

■ Avant c'étaient les salles communes, hommes et femmes ensemble après avoir été séparés.

■ Avant c'étaient les quartiers, quartiers des tranquilles, des agités, des épileptiques, des enfants, des vieux, des édentés.

■ Que s'est-il passé dans les hôpitaux psychiatriques pendant la Deuxième Guerre mondiale? Cette période est encore trop noire pour sortir des oubliettes.

■ Plus avant encore, en 1832 à Alençon, c'était le dépôt : adultes, enfants, blessés de guerre, prisonniers, déments, fous, prostituées, galeux, rebelles à l'autorité.

À Alençon, ce dépôt s'appelait la "maison de Bicêtre", sur le modèle du grand Bicêtre parisien, l'aïeul institutionnel. La chapelle est aussi le modèle réduit de la

chapelle d'un hôpital parisien, elle-même modèle réduit de Saint-Pierre de Rome.

■ Du XVIII<sup>e</sup> siècle, je passe à la Renaissance, où les dépôts étaient souvent des bateaux. Au centre du tableau *La Nef des fous*, de Jérôme Bosch, une personne parle à une pierre suspendue au mât comme à un micro, un exemple de communication pétrifiée.

■ De *La Nef des fous*, je passe à la nef de la Cathédrale de Paris au VI<sup>e</sup> siècle. L'une des chapelles était réservée au "dépôt". L'un des évêques décida de mettre dehors ce dépôt.

■ Plus loin, à l'origine, la cathédrale était à la fois église, forteresse, prison, lieu de représentations et d'œuvres d'art. Elle rassemblait toutes les fonctions collectives qui se sont peu à peu différenciées. Par exemple, à Paris, en Hôtel-Dieu, en Châtelet, en Théâtre des petits Châtelets, en Musée du Louvre. L'asile a recréé, rassemblé à nouveau dans ses murs ces mêmes éléments, chapelles, cellules fermées, art-thérapie. La différenciation architecturale, celle bien différenciée à partir de la cathédrale et celle moins bien différenciée de l'hôpital psychiatrique serait la métaphore de deux niveaux de symbolisation différents, l'un dans un monde plus ouvert, celui de la ville, l'autre dans un monde plus fermé, autosuffisant, celui de l'asile. Mais le secteur? Le mouvement de "désinstitutionnalisation"? Sont-ils sortis de cette filiation institutionnelle? Pas selon BASAGLIA, je l'ai entendu dire que la dynamique entre hôpital psychiatrique et centre médico-psychologique était la même dynamique que celle du passé entre grandes chapelles et petites chapelles.

■ Au-delà des cathédrales primitives nous arrivons aux Grecs. Pour les Grecs, le chaos est un dieu, le premier des dieux, le dieu des origines.

Pour Hésiode, le dieu Chaos est le dieu de l'espace vide, du vide entre le ciel et la terre. Il est le dieu premier né, il

engendra — est-ce par l'auto-engendrement narcissique? — les ténèbres des enfers Erèbe et la nuit Nyx. Après lui, apparurent la terre Gaïa et l'amour Eros. Le même mot chaos désigne aussi la bouche, premier orifice corporel et entrée du monde corporel intérieur parfois chaotique. Dans la genèse biblique, la terre est le chaos, un mélange de terre, d'eau, de nuit; c'est un mot hébreu qui a donné notre expression tohu-bohu. Et Dieu pour rendre la vie possible travailla à séparer les éléments, ce que veut la vie : la lumière et le sec; ce que nie la vie : les ténèbres et l'eau.

■ Ainsi, ce que nous rencontrons au centre de nos lieux de rencontres institutionnels c'est toujours le dieu Chaos, avec le vide, les ténèbres, la vie infernale, les ombres, les morts vivants, les zombies.

Ce dieu aurait le pouvoir de transformer en chaos tout ce qui a été vivant et construit. Il aurait le pouvoir de semer la confusion, d'amalgamer tout ce qui était déjà bien différencié, ou pas encore différencié. Ce dieu a ses adorateurs, fascinés par le pouvoir et la toute puissance des forces du chaos. Il a ses sacrifiés, ses coupables, ses familles qui à chaque génération, plus ou moins secrètement; font un passage à l'hôpital psychiatrique. Il a ses fidèles candidats à porter les symptômes institutionnels, à être les patients institutionnels. Il a ses partisans irréductibles, fâchés à vie de ne pas obtenir un monde à leur image. Il a aussi ses gardiens du temple. À tous, il permet de s'identifier plus ou moins massivement.

**À partir de ce dieu du vide, du chaos, de la mort psychique, il est possible d'élaborer une compréhension parfois oubliée de la maladie mentale, des défenses individuelles et des défenses institutionnelles.**

- L'autiste cherche le plus possible à faire mourir toute communication, toutes prises de conscience, pour se retirer

sur ses sensations, sur sa forteresse vide.

- Le schizophrène évite le plus possible de sentir une mort où il est coupé à vif.
- Le paranoïaque cherche le plus possible la mort de l'autre.
- Le mélancolique cherche à tout prix sa propre mort.
- L'obsessionnel se demande sans cesse s'il est mort ou vif.

L'institution risque aussi de tourner en rond, de s'enfermer sur son vide comme l'autiste, de tout couper en petits morceaux, en petits ou grands items, en secteurs compartimentés comme le schizophrène, de faire le mort comme le mélancolique, d'avoir une culture obsessionnelle de tout contrôler, ou hystérophobique de tout dramatiser.

Le pouvoir le plus fou, la toute-puissance du dieu Chaos, de la mort psychique vont obliger à une organisation de l'insti-



tution en résonance des mêmes phénomènes ou en polarisation des extrêmes opposés, et cela de générations en générations.

### **Le point de vue psychanalytique**

FREUD s'inspire d'un Conte de SCHOPENHAUER pour décrire la naissance des institutions.

Les hérissons, quand il fait froid l'hiver, se rapprochent pour se réchauffer, s'ils se rapprochent trop, ils se piquent, s'ils se piquent ils s'éloignent, et ils ont froid. Aussi, ils doivent chercher la juste distance, là où ils ne se piquent pas, là où ils se réchauffent un peu. Dans cet *entr'eux deux* apparaît la culture, la première norme institutionnelle, et ensuite les différentes institutions avec leurs buts différenciés, leurs hiérarchies, leurs mythes, leurs normes.

FREUD va publier en 1912 "Totem et Tabou", en 1927 "L'avenir d'une illusion", en 1929 "Malaise dans la civilisation", en 1937 "Moïse et le monothéisme". Dans "Totem et Tabou", il compare les deux dimensions du psychisme, le pôle collectif et le pôle individuel de la névrose de contrainte.

Ces travaux étant bien connus, je vais parler ceux de deux psychanalystes anglais : BION et FOULKES. Tous les deux se sont intéressés à l'institution dans un hôpital militaire, pendant la Deuxième Guerre mondiale, ils étaient chargés de préparer le retour au champ de bataille des blessés guéris. J'ai eu l'occasion de rencontrer BION et j'avais été surpris de l'entendre comparer les institutions à de grandes bouches qui réclamaient leur ration d'humains; il comparait les règles institutionnelles aux voix toujours présentes des ancêtres morts.

ennemis extérieurs, c'est la culture attaque-fuite, l'attaque pour détruire l'ennemi, la fuite pour éviter les représailles. Les exemples de guerres intestines, institutionnelles ou entre institutions sont nombreux. Les projections sont variées. Les chasses aux traîtres s'organisent.

La quatrième ressemble à l'Aristocratie, il y aura l'espoir d'un bon enfant à venir qui sauvera le groupe. C'est la culture des liens du couple, l'avenir du couple aristocrate sera l'enfant du même sang, qui dans le futur va assurer l'avenir de l'aristocratie. Les aristocrates institutionnels font couples ensemble.

À ces trois dernières institutions, correspondent trois évolutions possibles, dans la mesure où les unes après les autres elles viennent soutenir ou entraver les capacités du groupe de travail institutionnel.

Pour BION, ces quatre institutions font partie de quatre cultures de groupe. Les cultures vont entrer en interaction avec :

**1- les désirs et besoins individuels,**  
**2- la mentalité de groupe.**

La mentalité de groupe pour BION contient de façon automatique et unanime toutes les pensées anonymes des participants. Les pensées anonymes sont les pensées non exprimées dans le groupe, elles restent inconscientes. Pour BION, au-delà de cette mentalité, il existe des phénomènes pro-mentaux, où physique, psychologique et mental forment un tout.

Pro-mental et mentalité de groupes donnent naissance à des émotions, à ce que BION appelle les hypothèses de base. Les trois émotions sont : l'alliance, la haine, la culpabilité dépression. Les hypothèses de base expriment quelque chose comme des fantasmes de groupe, tout-puissants, magiques, pour arriver à leurs fins, pour résoudre leurs difficultés, et satisfaire leurs désirs. Aussi, ces hypothèses de base sont loin de la réalité, sont hostiles à la lucidité, à la croissance. Elles poussent à l'action, sans pensée, sans lan-

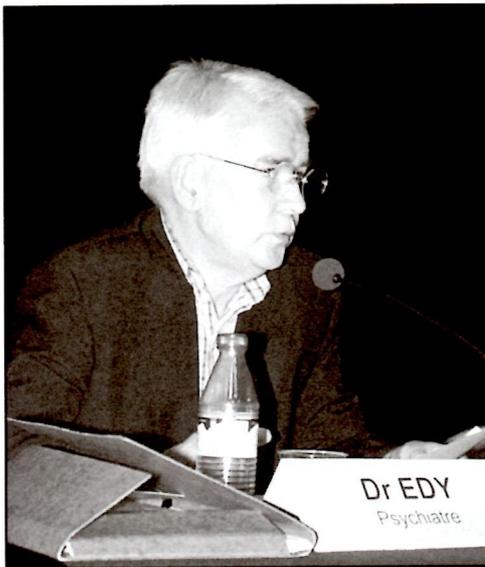
gage symbolique, sans réelle communication.

Ces hypothèses de base sont comme des défenses, des formations secondaires de scènes primitives anciennes, d'objets partiels bizarres, génératrices d'angoisses psychotiques persécutrices, ou dépressives, avec illusions, clivage et identifications projectives.

**C'est FOULKES** qui a développé la notion de réseau du point de vue psychanalytique, plus tard se développeront différemment le réseau systémique et le réseau de partenariat actuel. Pour FOULKES, les conflits et tensions dans les groupes sont "déposés" comme symptômes chez le patient, ce qui entraîne une résistance automatique des autres membres du groupe.

Un exemple très schématique : un couple est en conflit avec tension et agressivité, leur enfant devient anxieux et agressif. Devant l'agressivité de l'enfant, les deux parents vont s'opposer à lui et oublier leur conflit, faire des reproches à l'enfant, lui reprocher par exemple de ressembler à tel grand parent, agressif lui aussi envers eux. Ceci peut apaiser ou encore augmenter l'agressivité de l'enfant. À l'école, l'enfant dans les tensions scolaires risque de reproduire anxiété et agressivité, et l'école ne manquera pas de s'opposer aussi à l'enfant et à reproduire la même interaction.

Ainsi, selon FOULKES, l'enfant recrée à l'école un réseau, et en même temps il rétablit avec les autres son propre réseau primitif, tel qu'il l'avait déjà expérimenté bien avant. L'enfant rétablit ainsi un équivalent groupal de sa névrose ou de sa psychose de transfert, c'est ce que FOULKES appelle la matrice interactionnelle. Les individus sont alors des



**Pour BION**, il y a dans chaque institution au moins quatre institutions, les trois dernières étant transgénérationnelles.

La première est celle organisée pour le travail avec ses objectifs, ses méthodes, son vocabulaire, son acceptation d'un temps limité.

La seconde est semblable à une église; un bon chef passé rappelle sans cesse au groupe les règles et la Bible du passé. C'est une culture de liens de dépendance.

La troisième rappelle l'Armée, un bon chef présent va sauver le groupe de ses

nœuds, des points sensibles dans un réseau interpersonnel mais aussi transpersonnel, et, pour le point de vue générationnel, suprapersonnel.

Dans les psychothérapies psychanalytiques de groupes, la matrice psychique multipersonnelle forme le fond et l'orientation de toutes les interventions. FOULKES décrit ainsi quatre niveaux toujours présents dans les groupes, niveaux plus ou moins infiltrés de transgénérationnel.

Le premier niveau est celui de l'organisation habituelle du groupe avec ses leaders et anti-leaders, sa hiérarchie. Hiérarchie vient de "ieros" qui veut dire sacré.

Le deuxième niveau est celui du transfert dans le groupe des figures parentales, familiales, générationnelles.

Le troisième niveau est celui des projections, sur ou dans le groupe, des relations d'objets narcissiques primitives. Les autres membres du groupe peuvent incarner, en écho, en double, en clone pourrait-on dire, des aspects de soi, de son corps, du corps maternel. Les autres deviennent des objets partiels idéalisés, persécuteurs ou dépressifs de soi-même. Ces aspects narcissiques ont été développés en France : l'illusion groupale par ANZIEU, le pacte narcissique, le pacte des dénis ou le contrat dénégatif par AULAGNIER ou KAES.

Le quatrième et dernier niveau serait celui de l'inconscient collectif décrit par FREUD et JUNG. La pièce de Sophocle "Œdipe roi", serait un bon exemple des déplacements, des personnalisations, des localisations d'aspects œdipiens de l'inconscient collectif (voir condensation, configuration dramatique, résonance, polarisation).

Pour FOULKES, FREUD a insisté sur le conflit entre l'héritage biologique instinctif et l'héritage culturel : les pensées, paroles, mots, symboles ont permis quelque chose de radicalement neuf dans l'histoire de notre planète, de transmettre de façon cumulative expériences et

connaissances de générations en générations. Cette faculté a introduit un second mécanisme d'hérédité : l'héritage culturel, héritage qui a dégagé les institutions sociales, les lois, les arts, les sciences, les systèmes d'enseignement, les techniques, les codes de morale. Mais le chaos, ce qui n'a pas été élaboré, se transmet aussi de générations en générations. L'évolution du chaos à travers l'histoire montre qu'il peut évoluer, l'histoire psychanalytique montre qu'il peut aussi élaborer, se penser, se symboliser.

### **Que se passe-t-il actuellement ?**

En plus de nos clans habituels et de leurs idéologies bien connues, une idéologie nouvelle, un nouveau clan est apparu. Son totem est "Hôpital entreprise". Les choses sacrées sont les logos, les chiffres, les chiffres financiers principalement ; il faut faire des offrandes de chiffres, rituellement à dates précises sous peine du sacrifice de ceux qui sont dans les mauvais chiffres ou hors des chiffres. Les patients chroniques ne sont plus dans les bons chiffres. Par contre, les adolescents reviennent vers le chaos avec amalgame de crises personnelles, de crises sociales et des crises délinquantes, transgressives, pour qui l'hôpital retrouverait son rôle passé de dépôt prison.

Eliott JACQUES a fait une étude intéressante de plusieurs années des angoisses et des défenses dans une entreprise où se déroulaient des négociations entre ouvriers et patrons.

### **Que conclure ?**

■ Lorsque les histoires passées des personnes des familles des institutions sont connues, sont racontées, elles vont être mises en mots, articulées dans un récit symbolique. Ce ne sont plus des oublis, des secrets, des chaos obscurs et

lourds qui pèsent sur le présent. Au contraire, ces histoires seront l'arrière-fond à partir desquelles il est possible de faire des choix plus conscients, plus élaborés.

■ Peu d'institutions, mais il en existe, ont pu organiser un espace, un temps, un cadre, où soignants et soignés vont élaborer entre eux les configurations transférentielles et contre-transférentielles vécues en groupe. Ceci ouvre un champ pour une nouvelle expérience émotionnelle, pour un nouveau sens, de nouvelles représentations des relations à soi-même, aux autres, à l'institution. Il devient possible de mentaliser ce qui se passe en institution, de créer une institution mentale à l'image de l'élaboration personnelle de son propre "espace mental".

■ Comment passer d'une génération à une autre ? Un écrivain argentin, GALEANO, raconte dans une tribu, inventée ou réelle, que quand un potier vieillit, il se retire et offre son chef-d'œuvre à un jeune potier. Celui-ci le reçoit et le casse en mille morceaux. Il incorporera ces morceaux dans les prochains vases qu'il voudra modeler. L'œuvre d'art est ainsi placée dans une situation qui ne permet pas de l'imiter, mais de l'incorporer dans ses œuvres transformées en matière première. Pour avoir beaucoup parlé de "Dépôts", je trouve que la métaphore du potier est appropriée.

