



La vie et la mort dans les hôpitaux psychiatriques

d'après une chronique syndicale de 1947 à 1959.

quatrième partie : 1957 à 1959

"qu'un infirmier ait des clartés sur tout"

Source : bulletin du syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques parus dans sa revue officielle (L'information Psychiatrique).

Texte et analyse de **J.-C. Bernard**, présentation du Docteur Jean Morenon psychiatre des hôpitaux.

[1ière partie](#) L'ombre des camps...

[2ième partie](#) Un univers concentrationnaire qui décourage le dévouement

[3ième partie](#) Tout le monde le sait...

On aura remarquera que les discussions sur la place et le rôle du corps professionnel infirmiers tient une place croissante dans ces années encore marquée par l'après-guerre ; ainsi les travaux du "groupe de SEVRES" ont marqué les années 1957 et 1958.

A la suite d'un travail collectif d'encadrement d'un stage C.E.M.E.A., des psychiatres ont institutionnalisé un groupe qui passera à la postérité sous le nom de "groupe de SEVRES". Sa production sera d'ailleurs à l'origine de la circulaire de mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements, en matière de lutte contre les maladies mentales.

La première réunion se tiendra le **26 mai 1957**. Les réflexions initiales de ce groupe porteront sur l'état des rapports entre infirmiers et psychiatres. Pour T., "l'interne guérit les gripes mais l'infirmier guérit les malades, l'infirmier est l'oeil et la main du médecin" ; pour B., en analysant la relation médecin-infirmier et infirmier-malade, c'est déjà de traitement dont on parle ; pour L., les rapports étroits entre médecins et infirmiers, créés dans les stages CEMEA induisent des difficultés au retour dans le service ; pour D., les médecins ressentent mal la concurrence auprès de leurs infirmiers entre l'enseignement qu'ils donnent eux en service, et celui dispensé en stage.

On commentera :

- la similitude des rapports patron-employeur / employés, avec les rapports médecins / infirmiers, notamment disent-ils, chez ceux qui ne font pas partie de leur groupe ;
- le caractère un peu trop pratique de ces stages qui sont souvent des lieux où l'on va chercher des recettes ;
- l'absence d'infirmier capable de "verbaliser leur expérience à l'intention de collègues" ; certains espèrent qu'un jour, les infirmiers pourront être eux-mêmes les organisateurs de leur propre profession, c'est en ce sens qu'ils travaillent ;
- les modifications apportées par ces stages qui semblent agir sur la personnalité des infirmiers en la modifiant de façon conséquente.

"une proportion significative d'arriérés affectifs"

Les réunions qui suivront porteront sur la participation des infirmiers à la psychothérapie et se dérouleront durant l'année 1958.

Pour B. : la réalité psychiatrique est tellement insupportable que le simple fait d'une discussion entre un malade et un infirmier apparaît déjà en soi comme un acte psychothérapique. C'est cependant, dit-il, de la paléopsychiatrie. On peut attendre

autre chose de l'infirmier ; pour cela, il fait le point sur sa situation ; la population infirmière est très hétérogène malgré les apparences. De façon générale, il remarque cependant que le choix de ce métier ne relève pas de volonté individuelle, mais beaucoup de ce qu'il appelle un déterminisme social. Il vient se greffer souvent un premier emploi : agriculture par exemple, ou après un travail manuel comme celui d'ouvrier ; en province, l'hôpital représente souvent le seul lieu d'embauche accessible à cette couche de la population.

Cette profession connaît également des conflits de générations entre les anciens gardiens sans formation et les jeunes diplômés. La population masculine connaît *une proportion significative d'arriérés affectifs*, alors que la population féminine est composée *d'un certain lot de personnalités névrotiques*. L'infirmier est un individu qui doit avoir *le sens d'autrui, l'expérience et le goût de la relation humaine*.

Pour ce faire, la formation doit être autre chose qu'une succession de conseils ou de vœux pieux dans les écoles ; elle doit passer par l'accompagnement sur le terrain ; en ce sens, elle permettra de rompre avec les pratiques ancestrales, les étiquetages... Il distingue trois niveaux dans la fonction de l'infirmier qui correspondent à des moments de son évolution professionnelle : la surveillance, l'application des traitements biologiques, la relation.

"un certain lot de personnalités névrotiques"

Il évoque ensuite les limites de la psychothérapie institutionnelle qui a tendance à transformer l'infirmier en un animateur ou un éducateur ; c'est une erreur qui doit être corrigée ; il ne peut y avoir de soin éducatif.

Les rapports de classe sont également soulignés, mais entre infirmiers et malades : les rapports humains s'établissent difficilement lorsque les malades, surtout alcooliques, sont d'une classe supérieure à celle du soignant. Les risques de confusion entre infirmier et malade sont trop importants.

En ce qui concerne l'accession de l'infirmier à la psychothérapie, B. partage le sentiment de ses collègues :

si la verbalisation entraîne une prise de conscience formulée qui remplace le vague sentiment informulé, ... Il importe évidemment de se garder de faire des interprétations : en restant toujours en dedans de son action si l'on peut dire, ce doit être une prise de conscience spontanée de l'auxiliaire psychothérapeute, tout au plus peut-on verbaliser une pensée exacte qui n'arrive pas à s'exprimer. Par contre, à propos d'exemples concrets, des exposés, des "topos" peuvent être faits sur les mécanismes relationnels, sur les théories des motivations inconscientes.

Il semble donc qu'une marge ne puisse être franchie :

peu maître de ses interprétations, le personnel infirmier n'a pas pour rôle de les

utiliser directement ; il y a là au contraire un danger dont il faut l'avertir : c'est pour mieux comprendre et s'adapter ; cela peut améliorer le malade mais il ne faut rien aborder avec le malade. C'est dans ce sens que nous restreignons la Psychothérapie du personnel infirmier à la psychologie de la relation adaptée - Relation collective et relation individuelle - séparant assez nettement de l'action directe par la parole.

Pour B., le rôle de l'infirmier dans les psychothérapies renvoie directement à la vie quotidienne dont il faut souligner les dépendances avec la tutelle administrative :

derrière les sociothérapies, apparemment encouragées, lentement facilitées, et qui leur servent de caution, la plupart des responsables administratifs abritent le souci de prolongation de l'archaïsme des structures d'internement.

La base du travail de l'infirmier, c'est d'abord l'observation. C'est ensuite autoriser l'accession au réel, créer *ce lien établi à titre continu entre deux mondes que d'autres s'acharnent à faire étrangers.*

Viser la désaliénation du malade suppose d'abord un infirmier qui ne soit pas aliéné :

Dans ce but, il nous faut fournir à l'infirmier un apprentissage beaucoup plus exhaustif de son métier ; il est nécessaire de lui apprendre à participer à toute l'organisation de son entreprise, l'informer, de façon claire et élémentaire, de tous les problèmes d'assistance psychiatrique - généraux et locaux - toujours posés par rapport au malade. Exemples : les réalités de l'encombrement, les modes de répartition des malades, les difficultés budgétaires, les conduites du malade en face de l'internement, etc..

Cela passe par une parole libérée dans les comités techniques d'unités de soins (que nous avons évoqués supra) où toute la réalité est à interroger.

O. rajoutera que pour parler de psychothérapie, il faudrait d'abord que l'hôpital soit "hospitalier".

L'hospitalité psychiatrique consistant à accueillir Autrui - même le plus insolite - d'une façon non traumatisante, en établissant constamment avec lui des rapports d'authenticité.

Il est bien évident que pour arriver à cela, il est nécessaire que l'orientation globale de l'Etablissement soit thérapeutique, ce qui exige, entre autres, que la Direction soit médicale. L'hôpital est un instrument thérapeutique, économique, afin de contrôler l'efficacité désaliénante de ce vaste appareil technique et de prendre conscience de son propre rôle, aussi bien vis-à-vis de l'Etat que vis-à-vis du malade.

Pour O., la capacité psychothérapeutique de l'infirmier est directement liée aux

rapports sociaux institués par le médecin.

Le mode de relations qui existe entre le groupe de médecins et le groupe des infirmiers se transmet tel quel entre le groupe des infirmiers et le groupe des malades. Cette transmission n'est pas un mystère : l'animation de ce transfert se faisant par l'émergence progressive d'une relation d'intériorité dans l'infirmier : celui-ci apprend à manier spontanément le jeu dialectique subtil qui se manifeste entre sa "personne" et son "personnage". Si le médecin développe vis-à-vis de l'infirmier des rapports de désaliénation (liberté d'expression, respect de l'Autre, relation de sympathie, remise constante sur le plan de la réalité, etc.) l'infirmier sera amené à développer les mêmes relations vis-à-vis du malade.

Dans ce système, O. pense que l'infirmier a une place privilégiée, puisqu'il est le médiateur entre le médecin et le malade.

Il prolonge sa réflexion par une mise en question de l'institution de la folie, clé de voûte de toute volonté désaliénante.

C'est à ce point que s'entrecroisent deux notions dont la distinction nous semble capitale : l'aliénation sociale et l'aliénation de la folie. Ce n'est qu'en atteignant ce point dans la pratique courante que l'on peut poser d'une façon claire le vrai problème de la psychothérapie. Celle-ci, en effet, n'est possible que là où le terrain est déblayé de toute nocivité qui, dans un groupe mal contrôlé, prend immédiatement une allure concentrationnaire.

Sinon, comme ses collègues, il pense que l'infirmier n'a pas à avoir de rôle psychothérapique direct, tel qu'un entretien, par exemple. Il lui reconnaît cependant un place réelle puisque cet infirmier a le droit de regard sur sa pratique de médecin dont les effets sont positifs pour le sujet observé.

C'est en se faisant contrôler constamment par le personnel qu'il pourra le mieux acquérir la maîtrise des différents chaînons qui soutiennent son action ou son intention thérapeutique vis-à-vis de tel ou tel malade.

D'autres psychiatres interviendront dont L. qui en profite pour rappeler la problématique de l'infirmier et la façon de la résoudre par le biais du mouvement collectif des CEMEA.

Je crois qu'aujourd'hui, pour assez longtemps, à des centaines et des centaines d'infirmiers, encore profondément "aliénés" dans le monde d'incompréhension, de crainte et d'interdictions qu'est toujours l'asile, le stage apporte avant tout la possibilité de reconquérir en quelque sorte leur nature humaine, la sympathie, l'intuition, la spontanéité dans leurs rapports avec leur médecin, avec les malades ; ils y retrouvent une liberté perdue. Tout cela leur permettra ensuite, d'aller plus ou moins loin, plus ou moins vite, à travers des difficultés et des facilités, des

résistances et des concours et suivant des voies infiniment variées, dans une pratique dont seul l'esprit peut leur être communiqué au stage.

Ce que confirme K., quelques pages plus loin : *donnons les moyens à l'infirmier d'être thérapeute, et il le sera.*

Chaque fois qu'il a été possible d'informer suffisamment les infirmières d'insulinothérapie, de l'histoire et de la maladie d'une patiente dont elles doivent s'occuper, de leur expliquer aussi l'importance de leur attitude au réveil du coma en fonction même de l'histoire de la malade et de ses troubles, l'angoisse de cette malade leur a été perceptible et le maternage indispensable a pu être obtenu. La malade a cessé d'être une folle, elle est devenue un être humain malheureux.

T. poursuivra en expliquant la place incontournable de l'infirmier dans le processus psychothérapeutique. Il en est de fait le pivot par sa présence permanente, quotidienne auprès du malade.

Il sera de ce fait, critique vis-à-vis du rapport entre psychiatres et infirmiers :

L'attitude même qui a présidé cette réunion de Sèvres, dans laquelle sont absents beaucoup d'infirmiers qui auraient certainement des choses et des problèmes concrets à nous poser, me semble très douteuse. En effet depuis la création des stages, depuis la création de nos ateliers, et même la nationalisation du diplôme d'infirmier psychiatrique (pour inadéquat qu'il soit comme base de l'enseignement) il s'est créé parmi de nombreux infirmiers une conscience professionnelle, dont le nombre de souscripteurs à "Vie Sociale et Traitement" témoigne. Or nous risquons bien de nous conduire vis-à-vis de ces infirmiers un petit peu comme le colon ou le "colonialiste" vis-à-vis des plus évolués et des autochtones dans les peuples sous-développés. Si les infirmiers ne jouent un rôle que de béni-oui-oui, nous avancerons très peu dans la formation professionnelle de ces infirmiers eux-mêmes.

Il interroge ensuite la machine administrative :

Il ne faut pas oublier que la cohésion et l'efficacité de la plupart des administrations est fondée sur la notion du respect de la hiérarchie qui ne va pas uniquement de "l'inférieur au supérieur", mais aussi du "supérieur à l'inférieur" ; de façon qu'une autorité ne peut pas s'adresser, par exemple, directement à un membre d'un autre groupe quelconque administratif sans s'adresser à son supérieur hiérarchique. Est-ce qu'il n'y a pas là l'explication structurale de base à ce manque de contact, dont beaucoup d'infirmiers se plaignent de leur médecin ? C'est trop vite dit que ce manque de contact résulte des différences de classe sociale ou des difficultés psychologiques personnelles au médecin ou de quelques-uns des infirmiers.

En conclusion, il précisera que le rôle fondamental de l'infirmier est d'être un médiateur.

Les psychiatres viennent de découvrir les psychothérapies...

D'autres s'exprimeront encore. B., F. :

L'infirmier n'a pas de préparation technique préalable et ne jouit pas d'une résonance ambiante suffisante parmi les malades pour envisager d'utiles cheminements psychothérapeutiques individuels dont il pourrait assumer la direction. Tout au plus, enregistre-t-on des attitudes dites de "compréhension" ou l'affectivité et la sympathie l'emportent sur la connaissance objective des conduites pathologiques ou le maniement d'une technique valable de l'approche psychiatrique.

B. dresse le constat suivant : *les infirmiers viendront de toute façon et rapidement à la psychothérapie tout simplement parce qu'il y a osmose, "homogénéité" entre eux et les psychiatres. Or, comme ces derniers viennent eux-mêmes de découvrir les psychothérapies, les infirmiers vont inmanquablement les suivre.*

P. : Il faut faire accéder l'infirmier à la connaissance, car cela sera nettement préférable aux actions intuitives et contradictoires que l'on constate actuellement. Le médecin a là, un rôle à jouer.

Il s'agit bien, en effet, de codifier, de préciser un système de références et non de choisir une "doctrine" psychothérapeutique parmi celles existantes ; le médecin a déjà assez mal à faire ce choix pour lui-même. D'autre part, il n'est nullement question de demander à l'infirmier de se substituer au médecin dans cette tâche. Tout au plus est-il envisagé de lui faire acquérir une certaine "technicité" dans son action psychothérapeutique, un savoir en quelque sorte plus "scientifique", moins empirique.

Tout l'intérêt des stages CEMEA se situe là : apporter la théorie dont l'infirmier a besoin, c'est-à-dire une connaissance pratique, la psychothérapie restant "l'affaire du médecin, dans son service et dans les cours aux infirmiers".

Les infirmiers vont inmanquablement les suivre

D. : *oui pour une connaissance qui ne détruise pas l'oeuvre accomplie par le psychiatre. Non à la formation "d'infirmiers psychiatres ou psychothérapeutes". Sur ce dernier point, précise-t-il, après ce qu'on dit les rapporteurs, nous sommes tous d'accord, car nous avons la naïveté de croire que la thérapeutique appartient toujours au médecin.*

R. : Son point de vue va au-delà des positions de D.. Si l'infirmier n'est pas très "mûr", il peut "se mettre en concurrence avec le médecin", "prendre son rôle" et se

lier individuellement avec les malades, en empêchant un vrai travail de groupe. Il est de ce fait favorable à une connaissance psychodynamique ou plutôt analytique des situations relationnelles.

L'Information Psychiatrique de 1958 rapportera les travaux d'un colloque tenu en novembre 1957 aux Pays-Bas organisé par l'O.M.S. sur le rôle de l'infirmier.

Il y est ainsi défini :

L'infirmière vit avec le malade, elle agit sur lui et réagit à sa présence. Cette action interpersonnelle (la fameuse "relation interpersonnelle" dont il sera constamment question à tout moment durant ce colloque) peut et doit être dirigée, au sein d'une équipe de soins, vers un but constamment présent et consciemment poursuivi : la transformation du comportement pathologique.

Quant au psychiatre, c'est le chef d'équipe qui assure la direction thérapeutique, qui n'impose plus rien "drapé dans son langage, son savoir et sa responsabilité". Il assure simplement la coordination du groupe soignant où chacun à sa place, et où l'infirmier prend une part active à l'élaboration des mesures thérapeutiques.

Ce colloque très imprégné de la culture anglo-saxonne où la profession d'infirmière est véritablement autonome, abordera également la place de ces soignants dans l'équipe de soins extrahospitaliers, la formation en sciences sociales que cette ouverture suppose, le caractère indispensable d'une formation personnelle et la nécessité de définir le champ d'exercice des travailleurs sociaux par rapport à celui des infirmiers.

Le programme que recommande en conséquence l'O.M.S. en cette année 1958 répond à ces exigences, et à quelques détails près et ressemble à ce qui est développé 33 ans plus tard dans les centres de formation.

Ces travaux se poursuivront et feront l'objet de l'intégralité du numéro de décembre 1958.

Voilà la réflexion de D. qui constate le rôle essentiel de l'infirmier, intermédiaire dans le soin des malades, puisque le psychiatre ne peut tous les voir ; le psychiatre *agit essentiellement par l'intermédiaire de son personnel*. Il remarque également que le personnel infirmier vit huit heures par jour avec les psychotiques, qu'il est soumis à des stress difficiles à assumer et qu'en conséquence : *traiter un catatonique comme une curiosité digne du Muséum d'histoire naturelle est très cruel pour le sujet, mais hygiénique pour le personnel médical ou infirmier* dans la vie quotidienne, le rôle fondamental de l'infirmier est d'être sujet d'identification potentiel pour le patient.

Par contre, D. ne souhaite pas, parce que trop difficile, la compréhension de cette identification, notamment des phénomènes de transfert et de contre-transfert qui la

constituent. Il est donc pour une division du travail : vie quotidienne et action non mentalisée d'un côté, travail intellectuel et conceptualisation de l'autre. La compréhension des contenus inconscients, des pulsions, des conflits, risque d'être infiniment plus éprouvante qu'utile et peut conduire à trois résultats : une érotisation plus ou moins poussée du personnel prédisposé ; une réaction dépressive encore plus fâcheuse ; une dévalorisation des mots et des affects entraînant un rejet aussi dangereux que le rejet nosologique...

D. conclut en précisant que cette forme de "fausse conscience" qui lui paraît nécessaire chez l'infirmier doit être contrebalancée par une relation médecin-infirmier de qualité. Il ne pense pas que la formation du personnel infirmier puisse suppléer au manque de médecins, *c'est tout à fait illusoire*. De toute façon *les médecins n'ont au fond, que le personnel qu'ils méritent*.

Toujours dans ce même groupe, A. rejoindra les positions de D.. Que les infirmiers participent à la psychothérapie est un désir louable mais utopique. L'infirmier n'est pas assez fort psychiquement pour assumer le transfert des patients même si on admet qu'il a un vécu très proche du malade dans la vie quotidienne. Ce médecin constate d'ailleurs que *quoique nous puissions faire pour lui (le malade), c'est face aux infirmiers et à ses camarades qu'il va chercher à renouer une relation objectale qui soit vivable*. Malgré cela, les maniements de l'interprétation doivent rester l'apanage du psychiatre ou de l'analyste. L'infirmier ne doit pas assumer une telle connaissance. Seul le corps médical est à même de le faire, lui qui a été "initié".

Je crains que faire reconnaître à l'infirmier que, par certains côtés, il n'est pas très différent de l'aliéné : lui dévoiler ce que nous savons nous, c'est-à-dire que notre inconscient est aussi le lieu d'une sorte d'aliénation, risque de provoquer comme défense, une mise à distance encore plus grande du malade, une fuite devant le danger d'une projection, dans le monde de l'aliénation.

Pour sa défense, on admet que de côtoyer journallement l'aliénation et les fantasmes des malades, dans lesquels il pourrait se retrouver, est en soi suffisamment difficile pour provoquer déjà des angoisses de dépersonnalisation.

Pour ce médecin, l'infirmier acceptera les psychothérapies dans un service à défaut d'y collaborer si le psychiatre-psychanalyste est à même d'autoriser une identification du personnel à son égard. *Acceptant de s'identifier à nous, l'infirmier pourra voir le malade tel que nous désirons qu'il le soit*.

Un autre psychiatre poursuivra en précisant toute l'importance, dans ce contexte, du recrutement. L'infirmier doit assumer les projections quotidiennes des malades, et en cela, il doit justifier d'une personnalité adaptée.

Un autre encore affirmera son adhésion aux orientations de D.. Il est inutile ou

même dangereux de fournir des interprétations à des contenus verbaux délirants. Cela n'exclut pas, au contraire, l'importance du travail de l'infirmier (On se retrouve ainsi devant un système clos : l'infirmier est quelqu'un sur qui l'on compte, qui est indispensable mais qui est écarté de la production intellectuelle au moment de l'analyse de la relation). A ce moment, dit l'un d'entre eux, on pourra aider l'infirmière à prendre conscience de son attitude et *ainsi la faire accéder à une réaction plus opérante*.

Les interventions de B. seront plutôt en opposition, mais sur le principe même de la psychothérapie individuelle. En effet, les relations duelles, c'est bien, mais il n'en reste pas moins qu'elles laisseront une très large majorité de malades à l'écart.

Contrairement aux propos scientifiques, il revendique d'être un empiriste : *Comment ne serions nous pas pour une grande part des empiristes, alors que nous partons du néant et que nous voulons, sur ce néant, construire* ; ses orientations, de toute façon sont claires : *la psychothérapie institutionnelle est un excellent moyen de viser le "désinternement"*.

G. s'exprimera également sur ce problème : *de toute façon, qu'on le veuille ou non, les infirmiers réclameront une place comme psychothérapeutes et les moyens de la tenir. Si l'on trouve quelque prétexte à les leur refuser (ces moyens), ils chercheront à se les procurer au hasard de lectures incontrôlables, ce qui ne peut avoir à mon sens que des conséquences néfastes et un effet éminemment dissociant sur l'activité des services*.

Il interpelle d'ailleurs ses confrères, sur ce que signifierait cette volonté de tenir à l'écart de la connaissance psychothérapique, le personnel infirmier : cela équivaldrait à poser "le principe d'une science de classe, ésotérique et incommunicable". De la même façon, il ne partage pas la crainte de ses confrères quant aux capacités des infirmiers engagés dans une compréhension profonde des troubles psychiques des malades. Au vu de son expérience des pratiques institutionnelles de St-Alban en Lozère, il note qu'ils le gèrent très bien, si les conditions matérielles et organisationnelles sont adaptées à ce type de prise en charge. De toute façon, ces difficultés font partie du métier, que l'on soit psychiatre ou infirmier. A l'avenir et dit-il, c'est inéluctable, (il rajoute que) ces derniers auront besoin de toute la lumière que peuvent apporter les connaissances actuelles, *simplement pour faire leur travail, simplement pour vivre humainement leur relation aux malades*. O. rejoint G. et va plus loin : exclure l'infirmier d'une psychothérapie signe *une sorte de mépris (ou de méconnaissance) de l'infirmier en tant que tel*.

"un groupe indifférencié de débiles mentaux"

On ne peut tirer un trait sur l'apport capital que constitue le discours de l'infirmier qui vit avec le malade au moins huit heures par jour. Là, peu importe son niveau

culturel, son apport existentiel est fondamental.

Il signale ensuite la tentation constante qu'ont les médecins à *survaloriser leurs "connaissances" au dépend du groupe indifférencié des infirmiers qu'ils considèrent pratiquement comme des débiles mentaux.*

Pour lui, ces rapports sociaux sont le fruit de la base organisationnelle et administrative qui constitue les hôpitaux et qui sont sous-tendus par le problème des trois-huit, la caste médicale des médecins à temps partiel, la structure "salle de garde" qui marque une rupture d'existence entre des pseudo privilégiés et des "petites gens", le mythe populaire du "secret" médical, une hiérarchie absurde, des rapports de classe, etc..

Cette situation ne peut se résoudre que par des réunions transversales entre les différents partenaires où devra être expliquée de la façon la plus exhaustive possible, la signification de tel ou tel symptôme.

La problématique pour lui se situe ailleurs, dans la formation des infirmiers et des médecins, comprise comme outil de changement du milieu dans lequel elle sera utilisée.

Dans le cadre de ce groupe de SEVRES toujours, B. dénoncera la pérennité du paternalisme des soignants à l'encontre des malades, à travers le tutoiement, par exemple. C'est davantage sur cet aspect qu'il faut travailler selon lui, pour sortir des "rapports de dépendance et d'oppression".

F., comme B., se prononcent, pour une part active de l'infirmier à la psychothérapie institutionnelle agissant sur l'unité de soins, le pavillon, le service, voire l'hôpital où le "sujet" malade vit des semaines, des années. L'hôpital est donc compris comme instrument de soins, *les conditions d'existence retentissant sur l'état mental de chacun de ses membres.* C'est en cela que l'infirmier est thérapeute, en adaptant le cadre aux besoins des malades. Il se refuse à le voir jouer un autre rôle : *...qu'il reste un infirmier. Je me méfie beaucoup, de plus en plus, de la tentation de transformer les relations infirmiers - malades en substituts de relations médecins - malades.* Le psychiatre ne peut tolérer une délégation de ses responsabilités propres. De plus, cela conduirait à ce que l'infirmier hautement qualifié demande un jour à changer de statut *pour devenir lui-même médecin ou psychologue thérapeute.* Cela ne signifie pas pour autant, selon, que l'infirmier ne puisse acquérir des connaissances analytiques, mais elles ne pourront en aucun cas, être la base du savoir de son exercice professionnel.

Le rôle psychothérapique de l'infirmier se situe dans sa capacité à être "l'Autre réel et disponible" qui conduit le malade vers une "nouvelle conquête du réel". Sa fonction est "normative", "il représente tout simplement le réel tel qu'il est".

B. conclura ce numéro de **décembre 1958** consacré à la formation des infirmiers psychiatriques. La psychiatrie, pour lui, est une affaire de relations "simplement et authentiquement humaines".

A partir d'une expérience tentée dans son service auprès de schizophrènes "sales, impulsives, inaccessibles, rejetées de tout le monde", par une infirmière "aux qualités exceptionnelles", il explique qu'il a suffi que cette infirmière ait une supervision par l'équipe médicale pour qu'elle trouve les bonnes distances et attitudes. Il rajoute que cette relation privilégiée a frustré toutes les personnes qui, dans le service, n'ont pu la vivre.

Il termine de façon très critique vis-à-vis de ses collègues, qui utilisent la grille analytique en ne s'appuyant pas sur une base technique solide, maîtrisée ; cela a pour lui des relents de "scientisme". Certains collègues en abusent, il faut qu'il en soient tous conscients.

Une des dernières réflexions de ce groupe de SEVRES sera le fait de A. (**26 avril 1959**). Il dressera différents constats : parler de psychothérapie *dans un cadre administrativo-économique archaïque conçu pour le gardiennage* est une contradiction qu'il faut résoudre. Qu'on ne puisse faire un feu de camp dans la cour d'un pavillon parce qu'un arrêté de 1938 interdit qu'un "aliéné" ait la possibilité de faire du feu est, par excellence, le meilleur moyen d'éviter tout changement dans la vie hospitalière. Le malade est souvent considéré comme "de la main d'oeuvre à bon marché".

L'investissement professionnel de l'infirmier n'est jamais pris en compte dans la note administrative qui détermine son salaire. Les infirmiers rencontrent des oppositions de la part des services économiques et généraux qui supportent mal l'inversion récente de la situation indiciaire et financière au bénéfice du corps soignant. Ces services n'ont en général pas conscience qu'ils sont d'abord au service des malades.

Chez beaucoup de médecins, conditionnés par des tabous (secret professionnel) par une formation universitaire, par l'appartenance à une classe, l'infirmier reste un exécutant qui ne détiendra jamais d'autres clefs que celles qui ferment les portes du pavillon. D'ailleurs, lorsque cet infirmier voudra accéder à la connaissance, il devra se soumettre au rituel initiatique après quoi, comme l'ont dit déjà certains, il cessera d'être un infirmier.

Force lui est de constater que ce sentiment de toute puissance du savoir chez les psychiatres est présent même dans le groupe de SEVRES, composé de médecins que caractérise pourtant une volonté de démocratiser les rapports infirmiers/médecins. A la précédente réunion, certains n'ont-ils pas d'ailleurs jugé comme inutile, voire dangereuse, *une accession des infirmiers à une compréhension profonde de leurs malades* alors que d'autres affirmaient

l'importance du rôle de "médiateur", ou de "traducteur" que pouvait jouer l'infirmier. Clivage philosophique, et même politique qui renvoie à la distance et au mode de relations qui existent entre médecins et infirmiers, dont dépend, ou va dépendre, la distance et les relations qui s'établiront entre infirmiers et malades.

A. poursuit en notant d'ailleurs que les infirmiers dont ils parlent ne sont pas là et qu'ils n'auraient, de toute façon, pas la possibilité de s'exprimer, eux qui se caractérisent par leur *milieu social prolétarien avec passage du statut d'ouvrier au statut de petit fonctionnaire*, par une *formation scolaire limitée à la fin des études primaires*, par une *absence de vocation au moment du recrutement*.

Rappelant ce qu'a été la formation avant l'arrêté du 28 juillet 1955 (dégrossissement des gardiens, formation de botaniste ou d'entomologiste, ou mieux, de gardien de zoo recouvert du voile charitable de la morale professionnelle). A. énonce les points positifs constatés depuis l'application de ce nouveau programme : il a supprimé la morale professionnelle, il a permis que chacun des aspects de la vie quotidienne (repas, pécule, ...) fasse l'objet d'un cours, que la relation interhumaine entre infirmiers et malades soit abordée, et surtout grâce également aux stages CEMEA, il a favorisé chez ses soignants, une prise de conscience de l'importance de leurs attitudes et leurs paroles sur le comportement d'autrui, autrement dit, "qu'ils sont eux-mêmes des instruments thérapeutiques".

A. affirme son opposition à l'arrivée de nouveaux professionnels investis de compétences psychothérapeutiques particulières ; cela ne fait que renforcer des différences hiérarchiques liées à la maîtrise de techniques privilégiées.

En pratique, nous dit-il, toute individualité qui, pour ne pas appartenir au groupe des soignés appartient au groupe des soignants, est thérapeutiquement utile et s'il n'en était pas ainsi, qu'aurait-elle à faire là ?

Procéder autrement, c'est amener progressivement au rétrécissement de la notion du collectif de soins qui, de proche en proche, peut ramener au splendide isolement du médecin d'asile, seul psychiatre au milieu de ses gardiens.

Dans la mesure où ils pourront s'en libérer à l'égard du médecin

C'est dire qu'il faut faire en sorte que tout le *collectif de soins, sans exclusive, soit intéressé à l'action psychothérapeutique*. Il est donc quant à lui, favorable à la formation théorique des infirmiers et au *maniement thérapeutique du milieu*.

La formation théorique : il doit s'agir d'une pédagogie active où, à l'enseignement de l'anatomie et de la physiologie conçu dans une perspective purement organiciste, devrait s'ajouter "l'étude du développement et du comportement normal" ainsi qu'un véritable travail de connaissance de soi, qui autorisera le dépassement des visions réifiantes du malade étiqueté.

Revendiquant la qualité d'une telle formation, il se prononce pour un diplôme d'Etat d'infirmier en psychiatrie et pour des cours de perfectionnement (formation continue).

Dans le quotidien, c'est avant tout par le club, institution des rencontres entre soignants et soignés, et par des réunions entre soignants que les infirmiers pourront acquérir une maîtrise véritable de leurs affects *dans la mesure même où ils pourront s'en libérer à l'égard du médecin*. Ces réunions ne seront pas cependant des séances de thérapie, elles seront le lieu où, *à propos des problèmes concrets de la vie quotidienne et des institutions avec leur support matériel*, les conflits seront mis à nu et où les attitudes seront analysées.

La fin de la grande visite du matin

La présence du médecin n'a bien sûr plus rien à voir *avec la visite du matin inspirée de la grande tradition hospitalière française reprise par le règlement modèle des H.P.*.

L'infirmier devra également être associé aux différents aspects de la vie du service : prévisions budgétaires, rapport annuel,... Cependant et très clairement, *croire possible, quel que soit l'effort accompli dans ce sens, une suppression totale de la hiérarchie est une dangereuse illusion, du reste, les infirmiers eux ne s'y trompent pas. Ils savent qu'il (le psychiatre) les note et que son salaire et sa responsabilité ne sont pas les mêmes*.

En conclusion, A. pense que c'est en se constituant en amicales, *fondées sur une reconnaissance de la spécificité de leurs fonctions* que ces infirmiers pourront dessiner les grandes lignes du devenir de leur profession, en particulier au niveau du recrutement et de la formation professionnelle.

[1ière partie](#) L'ombre des camps...

[2ième partie](#) Un univers concentrationnaire qui décourage le dévouement

[3ième partie](#) Tout le monde le sait...

[Retour à l'Index](#)

Site créé le.02 août-1997. - Dr J. Morenon, 8 rue des tanneurs, F-04500 [RIEZ](#)

Emplacement du Fichier :

<http://jean.morenon.fr/PDF/syndic4.pdf>

