



Université Claude Bernard



Lyon 1

Mémoire de MASTER 2 Sciences Humaines, mention Philosophie, Spécialité  
« Culture et santé » préparé sous la direction de Mme E.GIROUX (MCF)  
et de M. le Docteur P.MAIRE

# Le soin infirmier en psychiatrie : la dialectique du soin et de la contrainte

Soutenu le 17 Septembre 2015

Année 2014/2015  
Florian MAGNY

Le soin infirmier en psychiatrie :  
la dialectique du soin et de la contrainte

# REMERCIEMENTS



Bien entendu, mes premiers remerciements iront à toutes les personnes qui auront encouragé ma réflexion, à commencer par mes tuteurs pédagogiques, **Mme Giroux** et **M. Maire** toujours disponibles et prompts à répondre à chacune de mes sollicitations. De même, l'accueil chaleureux de **Mme Rossi** et de **l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFSI du Vinatier** m'aura permis de réfléchir à mon sujet d'étude dans une autre perspective, en dehors du cadre universitaire et sans parasite institutionnel.

Naturellement, je remercie **mes proches** pour leur soutien sans faille, surtout au cours de cette dernière année de rédaction du mémoire mais aussi pour toutes ces années à conjuguer vie professionnelle et cursus universitaire, eux qui m'auront permis d'avoir un cadre de travail favorable entre encouragements et réconfort.

J'ai aussi une pensée pour **tous les professionnels rencontrés** avec lesquels j'ai échangé quelques mots sur mon travail, qu'ils soient infirmiers (et plus particulièrement mes partenaires de l'AsCISM), mais aussi médecins, étudiants,... Ils auront permis d'étayer ma réflexion de quelques petites phrases qui semblent si anodines dans le quotidien des soins et qui pourtant ont trouvé leur place dans l'analyse que j'ai rédigée.

Enfin, c'est surtout à l'égard **des patients** que j'aurai une pensée émue, ceux qui n'apparaîtront que comme des exemples dans ce travail, mais qui pourtant chaque jour me donnent encore un peu plus l'envie de faire mieux, qui chaque jour me font dire que j'ai la chance de faire un métier formidable et enrichissant. Sans toutes ces rencontres, mon travail aurait eu bien peu de saveur...



# **- SOMMAIRE -**

<b>Introduction</b>	page 1
<b>I/ De l'insensé au patient atteint de trouble psychiatrique : Une généalogie du soin infirmier en psychiatrie</b>	
1- L'ère de l'aliénisme	page 4
2- La conquête d'un statut professionnel	page 12
3- L'avènement du prendre soin	page 21
<b>II/ Soins généraux et soins psychiatriques, une dialectique aussi infirmière</b>	
1- Le dualisme physique/psychique au prisme du soin infirmier	page 34
2- Un défi pour l'infirmier psychiatrique, faire émerger la demande de soins	page 45
3- L'exercice clinique de la contrainte	page 53
<b>III/ L'informel, spécificité du soin infirmier en psychiatrie</b>	
1- Les fonctions de l'informel	page 63
2- La créativité infirmière ou le supplice de Sisyphe	page 74
3- Perspectives d'avenir du soin infirmier en psychiatrie	page 83
<b>Conclusion</b>	page 89

## **ANNEXES**

-TORTONESE Michèle, CHALANCON Benoit, GAUTHIER Benjamin, MAGNY Florian, « Lever de rideau sur l'improvisation comme méthode », in *Soins Psychiatrie*, n°291, Mars/Avril 2014, pp. 25-29

- TORTONESE Michèle, « Des pistes pour un master infirmier en psychiatrie », in *Soins Psychiatrie*, n°277, Novembre/Décembre 2011, pp. 26-29

- Exemple d'un cas clinique : processus psychopathologique (IFSI Le Vinatier)

## **Introduction**

Chaque année en France, un peu plus de 600 000 hospitalisations en psychiatrie sont prononcées<sup>1</sup>. Pour chacune d'elles, cela signifie le début d'une trajectoire, celle d'un patient au sein de l'institution psychiatrique, qui y arrive symptomatique et qui doit en ressortir une fois sa problématique résolue. Cette trajectoire prend la forme d'un chemin, parfois hasardeux, souvent compliqué, toujours singulier, du trouble à la rémission, de l'instabilité à l'ordre, de la demande aux soins. Parce que ce chemin ne se fait jamais seul, le patient vient trouver au coeur de l'institution psychiatrique une équipe soignante qui l'accompagne, de la maladie déclarée à la santé recouvrée. Une équipe, articulée autour du médecin psychiatre et qui sera composée de plusieurs professionnels, chacun avec sa propre spécificité : Infirmier, assistante sociale, Aide-soignant, psychomotricien, éducateur spécialisé... Une équipe donc, pour autant de rencontres avec le patient, chacune de ces rencontres étant le lieu privilégié d'une nouvelle expression de la maladie et d'un savoir-faire du professionnel, dans une logique de prendre soin.

Parmi ces 600 000 hospitalisations en psychiatrie, autour de 12% se font sous le régime de la contrainte, selon des modalités précises prévues par la loi du 5 Juillet 2011 *relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge*. On entend ici que pour chacune de 70 000 hospitalisations, le consentement du patient n'a pas pu être recueilli alors que des soins s'imposent. Ces hospitalisations se font dès lors selon deux principes, soit à la demande d'un tiers, personne physique considérée comme bienveillante à l'égard du patient, soit sur décision d'un représentant de l'Etat si le malade attente à l'ordre public sous l'emprise de troubles psychiques qui le dépasse. Cette loi relativement récente introduit en outre le contrôle systématique des mesures contraintes par un juge judiciaire. Ainsi, l'appareil législatif a décidé l'intervention d'un juge spécifique, celui des libertés et de la détention (JLD), qui veille à garantir la protection des personnes hospitalisées. Ce juge judiciaire, plutôt récent lui aussi puisque créé en 2000, est aujourd'hui en France davantage connu pour ses actions auprès de personnes détenues, desquelles il examine les conditions de détention et les demandes de remise en liberté. Or, depuis la loi du 5 juillet 2011 que nous présentons succinctement, ses compétences sont élargies et prévoient l'examen des conditions de restriction de liberté des patients hospitalisés sous contrainte.

---

<sup>1</sup> Direction générale de la santé, Rapports d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, « Les patients hospitalisés en psychiatrie sans consentement, repères... », in *Santé Mentale*, n°161, Octobre 2011, p.24

Pourtant, comme nous l'avons signifié, les hospitalisations réalisées sous contrainte ne représentent qu'une part minoritaire du total des hospitalisations en psychiatrie. Comment est-il possible que la contrainte occupe une part si marginale alors que contrainte et psychiatrie semblent si intimement liées ? Qu'en est-il du soin extra-hospitalier, lieu de prise en charge prioritaire de la maladie mentale ? Déjà dans le titre de notre travail, nous indiquons notre parti pris, qui sera de ne traiter que le soin contraint en intra-hospitalier. Il ne s'agit pas ici de faire preuve de négligence à l'égard des structures ambulatoires et de leur spécificité, mais plutôt de considérer le moment de la contrainte en intra-hospitalier comme paroxystique. S'il est le moment où la maladie est la plus symptomatique, il est de fait le moment où les soins y sont les plus intensifs, où la présence physique permanente des soignants est la plus nécessaire, le soin extra-hospitalier étant lui le lieu de la continuité, du prolongement, de la stabilité.

Nous pouvons ainsi rappeler qu'une enquête réalisée en 2011 par l'institut de sondage IFOP pour le quotidien *France Soir* témoigne du fort attachement des français pour la profession infirmière. Effectivement, la population interrogée révèle son regard vis à vis de différents corps professionnels et place en tête « *les infirmières* » avec 99% d'opinion favorable<sup>2</sup>. Déjà en ce lieu, on observe une certaine ébauche de paradoxe où l'on suggère une rencontre contrainte avec des personnes que l'on apprécierait mais que, de principe, l'on n'aurait pas envie de voir... L'infirmier, c'est ainsi le professionnel dont on admire certaines qualités, que la santé éloigne, mais que la maladie psychique rapproche quand le patient n'a pas conscience du besoin de se soigner. La psychiatrie moderne comprend donc en son sein un paradoxe qu'il nous appartient de mettre en lumière : Elle est une discipline médicale, ce qui signifie, *in extenso*, que son ambition est de libérer le patient de sa maladie à laquelle il est aliéné alors que, parallèlement, le législateur lui prévoit la possibilité de contraindre aux soins, au regard de la clinique spécifique qu'elle traite. Pour le dire autrement, la psychiatrie est une spécialité médicale dont l'objet peut être de traiter des patients qui n'ont pas envie de l'être, parce que leur trouble les empêche d'en cerner la nécessité, le psychiatre étant alors cet expert qui statue sur la nécessité des soins.

Pourtant, même si c'est le médecin qui statue sur la nécessité d'une hospitalisation, le quotidien du soin se réalise dans sa vie institutionnelle autour d'une pratique informelle, articulée autour de ce que nous qualifierons de permanence du soin. Effectivement, la médicalisation du cadre hospitalier se caractérise par la présence continue de personnel, souvent des infirmiers. Si

---

<sup>2</sup> IFOP pour France soir, « Le classement des métiers préférés des Français », in *France Soir*, Le 14 Janvier 2011

c'est le médecin qui prescrit le soin, c'est bien le personnel qui l'entoure qui le réalise. Cette permanence du soin, c'est donc la possibilité pour un patient d'avoir recours dans le cadre hospitalier à une assistance soignante, sans surseoir, et sur simple sollicitation. Ce personnel soignant assure ainsi une présence continue, une disponibilité permanente dans leur mission de prendre soin.

Au cours de ce travail, nous envisageons dès lors d'examiner la profession infirmière en psychiatrie intra-hospitalière et d'en interroger la généalogie, la fonction et l'autonomie au regard d'autres disciplines connexes, au prisme de sa relation avec la contrainte. De nombreuses questions émergent alors et il convient de les poser ici : Comment s'est constituée la discipline infirmière en psychiatrie ? Comment la caractériser au regard du champ plus large du soin infirmier ? Que peuvent apporter des infirmiers en psychiatrie que n'apporteraient pas d'autres professionnels ? Comment conjuguer deux pratiques que tout semble opposer, le soin et la contrainte ? Au regard de ces questions sous-tendues par notre entreprise d'une caractérisation des invariants du soin infirmier en psychiatrie, nous pouvons dès lors formuler la problématique suivante afin de cibler notre travail : **Comment la contrainte en psychiatrie permet-elle d'éclairer la fonction soignante spécifique des infirmiers ?**

Afin de répondre à cette problématique et de comprendre dans quelle mesure il y a bien une spécificité du soin infirmier en psychiatrie, il nous semble important de mener dans un premier temps une archéologie du soin en psychiatrie afin de montrer comment se sont dialectisées contrainte et soin, les deux pôles constitutifs de la discipline psychiatrique. Comment cette dialectique a-t-elle concouru à l'émergence d'une profession infirmière spécifique ? En second lieu, nous examinerons alors les rapports qu'entretiennent le soin infirmier dans les soins généraux et le soin infirmier en psychiatrie et nous chercherons alors si ce dernier constitue une sous-spécialisation ou une discipline à part entière. S'agit-il d'une différence purement théorique héritée du dualisme corps/esprit ? S'agit-il d'une différence exclusivement pratique entre des professionnels occupés à faire des soins sur le corps et d'autres davantage orientés sur la pratique de la relation ? Enfin, notre troisième moment sera consacré à montrer que l'informel vient combler les interstices de l'autonomie infirmière en psychiatrie moyennant quoi il est le lieu où émerge la compétence d'inventer du soin qui permet ainsi de créer du lien, et ainsi de contribuer au prendre soin dans la contrainte.

## I/ De l'insensé au patient atteint de trouble psychiatrique : Une généalogie du soin infirmier en psychiatrie

A la manière de la philosophie continentale des sciences, il semble incontournable, en premier lieu, de s'enrichir de l'histoire du soin infirmier en psychiatrie. Examiner l'histoire, au contraire de raconter l'histoire, c'est reconnaître le pouvoir de transmission des savoirs, lui admettre une valeur heuristique et éclairante. Une histoire qui ne cible dès lors pas seulement l'histoire de la psychiatrie ou celle toute aussi particulière du soin infirmier mais bien l'évolution concordante de ces deux disciplines d'où émerge notre objet d'étude. Cette histoire n'a pas pour but de réciter ou contextualiser, elle se veut critique, étayante et étayée, discontinue et a fortiori décisive dans notre quête de dévoilement des conditions d'émergence du savoir infirmier en psychiatrie, afin de le qualifier. Ici, il ne s'agit donc pas de réaliser un exposé sur l'histoire de la psychiatrie mais bien d'effectuer une analyse de celle-ci, c'est à dire qu'il s'agit davantage d'utiliser l'histoire comme un moyen de réflexion. Nous récusons toutefois l'idée d'une histoire de ses « traités-bataille » qui se voudrait héroïque et qui, outre son aspect simplificateur et progressiste, négligerait le contexte culturel dans lequel émergent les savoirs. Notre ambition est ainsi d'établir une histoire éclairée de la profession infirmière en psychiatrie, de son évolution, de ses points de rupture, de son intrication dans les contextes socio-culturel et philosophique. Cet examen généalogique a donc pour objet de dévoiler *comment* une épistémologie du savoir infirmier en psychiatrie est devenue possible. Que nous enseigne l'histoire de la psychiatrie qui puisse enrichir notre analyse du soin infirmier au sein de cette discipline ? Comment les savoirs du soin infirmier en général ont-ils été intégrés dans la pratique en psychiatrie ? Enfin, comment discuter une histoire propre au soin infirmier en psychiatrie dans sa relation à la contrainte ?

### 1- L'ère de l'aliénisme

Aujourd'hui, il nous semble évident que la psychiatrie soit connotée d'emblée comme une discipline médicale, évoluant au sein d'un hôpital dans lequel patients, traitements et personnel hospitalier cohabitent comme dans toutes les institutions hospitalières. Pourtant, la psychiatrie conserve cette part mystérieuse, énigmatique qui suscite bon nombre de fantasmes qui alimentent sa dimension obscure. Méconnaissance des tâches qui y sont réalisées, héritage d'une pensée dualiste corps/âme, incertitude autour de l'origine des troubles, désordre parfois causé par les troubles du



comportement des personnes atteintes de trouble psychique, contribuent certainement à cette distinction patente entre soins somatiques et médecine de l'esprit. Par ailleurs, si la médecine naît dans le traitement des faits pathologiques et a évolué avec ce postulat tout au long de l'histoire, il existe une psychiatrie avant la psychiatrie moderne et médicalisée comme nous la connaissons aujourd'hui.

Si jusqu'au Moyen-Âge la folie n'est pas reconnue comme phénomène à traiter, astreinte à une contenance familiale et donc cachée, la révolution copernicienne causée par la philosophie de Descartes qui replace l'individu au centre de la connaissance à l'aube du XVII<sup>ème</sup> siècle, rendra visible et donc lisible la raison comme structure substantielle de l'Homme. Ainsi, la lecture de l'entendement participe à la chosification de la *psyché* et rend possible sa connaissance et donc son examen. Un siècle plus tôt, Erasme déjà initiait la possibilité de donner la parole à la maladie mentale dans son oeuvre magistrale *l'Eloge de la folie*, laissant poindre la possible lisibilité des déviances de la raison. Dès lors, comment considérer rationnellement ceux qui semblent atteints dans leur propre faculté de raisonnement ? Dans quelle mesure n'y a-t-il pas une fracture anthropologique entre les individus doués de raison et ceux qui la compromettent ? Nous proposons alors de retenir qu' « *une date peut servir de repère : 1656, décret de fondation, à Paris, de l'Hôpital général. (...) Il s'agit d'accueillir, de loger, de nourrir ceux qui se présentent d'eux-mêmes, ou ceux qui y sont envoyés d'autorité royale ou judiciaire. (...) D'entrée de jeu, un fait est clair : l'Hôpital général n'est pas un établissement médical. Il est plus plutôt une structure semi-juridique, une sorte d'entité administrative qui, à côté des pouvoirs déjà constitués, et en dehors des tribunaux, décide, juge et exécute.* »<sup>3</sup> Ce que l'on appelle encore la *loi du grand renfermement* en termes foucauldien institue la première création propre à la psychiatrie : Cette institution avait donc cette vocation exclusivement coercitive, bien loin d'une mission thérapeutique. On imagine alors un lieu orienté vers la réclusion, négligeant une dimension médicale. Un lieu fermé en dedans mais aussi en dehors, une institution imperméable où les directeurs sont nommés à vie moyennant un système absolutiste, au regard de ce qui se fait dans le régime monarchique. On se situe alors encore loin d'une médecine sécularisée, différentes confréries religieuses (la plus célèbre étant celle de Saint-Jean-De-Dieu) organisant l'appareil psychiatrique qui repose sur des fondations judiciaires. Au coeur de cette ère anté-psychiatrique, se conjuguent alors rites religieux et pouvoir souverain du monarque absolu dans un mouvement qui s'installe comme pérenne pendant l'Ancien Régime.

---

<sup>3</sup> FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972, p.60

Progressivement on assiste toutefois à une médicalisation du trouble, tout au moins à une compréhension exogène des phénomènes aujourd'hui considérés comme pathologiques. Au coeur du XVIIIème siècle, au coeur de l'avènement des sciences formelles, le phénomène de perte de la raison n'échappe pas à cette tentative balbutiante d'explication scientifique. En outre, ce qui est introduit dans l'institution psychiatrique c'est une réhumanisation de sa population par le biais de nombreux traités philanthropiques qui dénoncent le traitement carcéral réservé à ceux qu'on qualifie alors d'insensés. L'Hôpital Général, s'il n'est pas un hôpital, tend à devenir cependant un lieu hospitalier, c'est à dire capable d'hospitalité à l'égard de la population qu'il accueille. Comment alors le personnel hospitalier, formé initialement à la pratique de la détention comme paradigme, intègre-t-il une approche humaniste de l'insensé ? Comment les savoirs émergents concourent-ils à redonner du sens à ceux qui l'ont perdu ? Malgré cette mise en marge sociale de la folie, la prise en charge hospitalière n'est pas désorganisée et s'articule précisément en deux points. D'abord, une répétition de traitements, principalement à base de saignées (à visée purgative du mal) et de bains (bain glacé ou au contraire très chaud, bain surprise,...) mais aussi une vie institutionnelle pleine de signifiants, rythmée par des codes institutionnels où on notera que « *s'il est nécessaire que les surveillants et les serviteurs destinés aux salles de malades actuellement traités, soient vigilants, sages, doux et fermes, ces qualités ne sont pas moins essentielles dans ceux qui gardent et soignent les insensés dans les maisons de force. Les liens qu'on est obligé de mettre en usage, exigent autant d'adresse que de prudence. Les coups doivent être proscrits et punis sévèrement. Ces gardiens doivent rendre compte aux officiers de santé des progrès en bien ou en mal qu'ils observent dans les insensés ; entretenir la plus grande propreté dans les dortoirs, les cours, les loges, les latrines et les vêtements.* »<sup>4</sup> Le pouvoir de contraindre n'est plus seulement d'essence physique, il allie peu à peu une velléité thérapeutique qui concourt alors à une redéfinition de la psychiatrie. En profondeur, c'est le personnel hospitalier qui est redéfini et qui s'ancre dans une ébauche de pratique soignante, sans pourtant en avoir la qualification ou la formation. On imagine effectivement des hommes robustes, de bonne consistance, dont la principale qualité est de bénéficier d'un physique avantageux qui leur permet de contenir physiquement les patients.

Il est communément admis que la psychiatrie naît comme spécialité médicale à l'aube du XIXème siècle, sous l'impulsion de Philippe Pinel. Le père de la psychiatrie moderne, entendue alors comme partie intégrante de la médecine, fait ainsi voeu d'une ambition naturaliste lorsqu'il

---

<sup>4</sup> COLOMBIER Jean, *Instruction sur la manière de gouverner les insensés, et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés*, consultable sur Gallica, 1785, p.21

décide de « *s'en tenir strictement à observer les faits, et de s'élever à une histoire générale et bien caractérisée de l'aliénation mentale, ce qui ne peut résulter que du rapprochement d'un grand nombre d'observations particulières* »<sup>5</sup>. Par induction, Pinel décloisonne la psychiatrie de sa mission exclusivement coercitive initiée en 1656 par la *loi du grand renfermement* pour l'inscrire dans une dynamique scientifique à visée thérapeutique, à intérêt social. Cette démarche entreprise participe dès lors à l'humanisation du traitement du trouble mental comme le remarque Pinel lorsqu'il écrit que « *les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante, et dont on doit rechercher par les moyens les plus simples à rétablir la raison égarée.* »<sup>6</sup> Ainsi, bien que la place accordée au *fou* se circonscrive à l'institution psychiatrique, elle ne s'y trouve plus dans une logique répressive. Dans son *Histoire de la folie à l'âge classique*, Foucault examine les conditions d'émergence de l'institution psychiatrique. Il écrit à ce propos que Pinel contribue à la « *constitution d'un domaine où la folie doit apparaître dans une vérité pure, à la fois objective et innocente, mais constitution de ce domaine sur un monde idéal, toujours indéfiniment reculé, chacune des figures de la folie se mêlant à la non-folie dans une proximité indiscernable.* »<sup>7</sup> En dessinant les contours d'une nouvelle institution psychiatrique à partir d'observations, P.Pinél théorise une nouvelle pratique qu'il légitime en lui attribuant des caractéristiques scientifiques. Toutefois, nous pouvons remarquer au regard de l'organisation du *Traité* que le discours est patient-centré : En effet, dans un premier temps Pinel rédige des observations qui permettent de dresser une nosographie du public accueilli avant d'établir des conduites à tenir compte tenu des « *diverses espèces d'aliénation* »<sup>8</sup>. Le terme d'*espèces* mérite ici qu'on s'y arrête. On retrouve en effet chez Pinel cet héritage complexifié de la botanique, où les classes et espèces sont transposées à l'Homme, où la description devient examen, où la nosographie devient nosologie. Dès lors, quels dispositifs proposer en vue de traiter les comportements déviants désormais considérés comme pathologiques ?

La thèse pinélienne du traitement de la maladie mentale réside ainsi dans « *une méthode de traitement asservie d'abord à des règles fondamentales dans l'intérieur de l'hospice, et variée suivant les différentes espèces d'aliénations ou même leurs diverses périodes (qui) ne peut résulter que d'un grand ensemble de moyens heureusement combinés, et propres à concourir au même but,*

---

<sup>5</sup> PINEL Philippe, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 2005, p.86

<sup>6</sup> *Ibid.*, p.212

<sup>7</sup> FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972, p.491

<sup>8</sup> PINEL, *op.cit.*, p.165

*le rétablissement de la raison.* »<sup>9</sup> Deux articulations pour deux aspects viennent ainsi concourir au traitement du désordre moral dans l'institution de l'ère pinélienne : D'une part, un cadre institutionnel inamovible qui soigne l'homme social, d'autre part un traitement individualisé qui répare l'homme biologique. La modernité de Pinel se situe ainsi dans l'effort de soigner la personne et non pas seulement une affection isolée.

Toutefois, Foucault, que nous avons cité précédemment pour son travail archéologique, conteste cette hypothèse en qualifiant l'asile pinélien de « *domaine de la morale pure, de l'uniformisation éthique.* »<sup>10</sup> Si T.Robert-Fleury dépeindra en 1876 *Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795*, Foucault voit dans ce geste, considéré aujourd'hui comme philanthropique, une logique nouvellement liberticide où la contrainte disciplinaire se réalise dans le champ de la morale. L'exercice clinique devient dès lors centré autour de la contrainte, l'asile pinélien prolonge les normes alors sociétales au sein-même des murs institutionnels. Dès lors, quelle matière constitue le tissu institutionnel ? Sous la figure du médecin paternaliste, instigateur d'un mouvement de contrôle, « *garantie juridique et morale, non pas au titre de la science* »<sup>11</sup>, comment se déploie la pratique clinique ? Aujourd'hui, que reste-t-il de ce cet exercice de la contrainte ?

Si jusque là l'action pratique s'effectuait de manière opératoire par la contrainte exclusivement physique, les hommes de main en sa charge prennent une nouvelle dimension sous l'ère pinélienne. De « gardiens de fous », leur statut évolue au gré du nouveau paradigme insufflé par l'essor positiviste du père de la psychiatrie moderne. Pinel écrira lui-même qu'il se « *reposait sur l'habileté du surveillant de cet hospice (M.PUSSIN) qui n'avait pas moins à coeur de faire cesser cet oubli des vrais principes.* » Il ira plus loin encore pour justifier l'abolition des chaînes dans le traitement de la folie en expliquant que « *jamais aucune mesure ne fut mieux concertée et suivie d'un succès plus marqué.* »<sup>12</sup> Ainsi, nous pouvons nuancer le paternalisme décrit par Foucault dont nous nous sommes faits le rapporteur précédemment et postuler qu'une forme restreinte, embryonnaire, de pluridisciplinarité dessine les contours du cadre institutionnel. C'est effectivement en s'appuyant sur une forme, toute proportion gardée, d'observation clinique et dynamique de la part du *surveillant* que le médecin peut assurer sa mission thérapeutique. Il convient dès lors de

---

<sup>9</sup> *Ibid.*, p.350

<sup>10</sup> FOUCAULT, *op.cit.*, p.513

<sup>11</sup> *Ibid.*, p.524

<sup>12</sup> PINEL, *op.cit.*, p.212

s'interroger sur la fonction de ce *surveillant* : Qui est-il ? Quelles sont ces qualifications ? Quelle est sa fonction au sein de l'asile pinélien ?

Dans son ouvrage *Une nuit à Bicêtre*, M. Didier nous restitue une biographie du *surveillant* cité par Pinel, Jean-Baptiste Pussin. Au même titre que Pinel est considéré comme le père de la psychiatrie moderne, nous pouvons envisager Pussin comme la figure paradigmatique du *surveillant* de cette même psychiatrie. En somme, examiner la biographie de Pussin, c'est éclairer la matière invisible qui vient, sous le médecin, contribuer à la permanence du cadre institutionnel. Si l'institution née des réflexions observationnelles autour de 1800 s'instaure au gré d'une hiérarchie statutaire évidente, la pratique clinique qui s'y déploie est complexifiée par une lecture spécifique aux qualités de ses parties prenantes. Sous l'ère pinélienne apparaît ce que l'on peut qualifier aujourd'hui de personnel *para-médical* compte tenu de la fonction thérapeutique qu'admet cette nouvelle institution. On apprend dès lors, au travers de la biographie de Pussin, que le personnel garant de la continuité du traitement est ainsi sélectionné parmi la foule accueillie au sein de l'établissement psychiatrique. Devient gardien celui en voie de guérison ou toutefois suffisamment apaisé pour s'occuper des autres. L'histoire du personnel *para-médical* à l'aube de la psychiatrie vient ici déceler une singularité : Celui qui peut s'occuper de ses congénères doit avoir lui-même éprouvé le quotidien d'aliéné. En d'autres termes, l'expérience institutionnelle est nécessaire à son exercice pratique. Notre regard critique nous invite par ailleurs à être vigilant à l'égard de la sémantique employée pour désigner ce personnel : « gardiens de fous », « surveillant », peuplent l'établissement dans lequel leur tâche est subordonnée à l'expertise médicale dans un rôle qui demeure majoritairement pénitentiaire. Leur différence avec le professionnel du milieu carcéral, comme nous l'avons évoqué, est cette expérience de la réclusion. Il convient dès lors de se demander au gré de quels changements leur dénomination a pu évoluer : Quand ce personnel aliéné a-t-il pu se réclamer infirmier ? Pour quelle avancée ? Dans quelle mesure l'évolution de leur statut a-t-elle permis une légitimation de leur compétence ? Encore aujourd'hui, l'expérience du vécu du statut d'aliéné est-elle nécessaire à l'exercice de la contrainte ?

Les observations pinéliennes constituent ainsi à l'aube du XIX<sup>ème</sup> siècle le premier modèle formalisé de connaissances en psychiatrie au même titre que Pussin incarne la première figure du lointain aïeul d'un infirmier dans cette discipline. Bon nombre de continuateurs prolongeront la thèse de Pinel et l'approfondiront, à commencer par son propre fils ou encore un personnage tout aussi majeur dans l'histoire de la psychiatrie, J-E. Esquirol. Chantre de l'aliénisme, il est aujourd'hui surtout célèbre pour son implication dans la rédaction de la loi du 30 Juin 1838 aussi appelée *loi des*

*aliénés*. Effective jusqu'à son abrogation définitive en 1990, cette loi avait pour objectif de régler les internements contraints et d'organiser la pratique de la psychiatrie sur le territoire national. Elle décline alors plusieurs points qu'il est nécessaire de détailler puisqu'on y retrouve les premiers jalons de notre organisation actuelle en matière de psychiatrie. D'abord, elle prévoit la création d'un établissement psychiatrique par département, comme c'est encore aujourd'hui le cas. En effet, chaque département français est encore aujourd'hui doté d'au moins un établissement psychiatrique, créé consécutivement à la loi de 1838. Ceci implique que la psychiatrie nationale est décentralisée à l'échelle du département, ce qui aura des conséquences pour les infirmiers en psychiatrie, nous y reviendrons. En second lieu, l'*internement* devient réglementé et l'arbitraire d'un placement seulement indiqué par la famille, abandonné. Le législateur introduit en effet les notions de placements volontaires ou d'office qui précisent l'admission contrainte, évaluée par le médecin aliéniste selon des modalités prévues par la réglementation. Enfin, *la loi des aliénés* énonce des préconisations en matière de traitement du patient. Les aliénés disposent alors de la possibilité d'être rémunérés dans la tâche qu'ils occupent au sein de l'institution auto-suffisante et se voient garantir des conditions d'hébergement salubres. Ce qu'on retiendra principalement de cette nouvelle définition de la psychiatrie à partir de 1838, c'est que le personnel n'est plus issu de la population hospitalisée mais est recruté spécialement à cet effet. En outre, les pensionnaires internés y sont désormais considérés comme des malades qu'il faut traiter. Subsistent ainsi deux pôles distincts, celui de la contrainte et de l'enfermement justifié par une mesure d'ordre public et celui, thérapeutique, qui justifie le traitement.

De l'aliénisme naît alors une pratique principalement institutionnelle de la psychiatrie : Si les traitements sont limités à l'hydrothérapie et à l'enfermement, c'est par la vie communautaire que doit passer l'abrasion des troubles. Le personnel hospitalier participe alors à l'encadrement des tâches, sans bénéficier d'une formation particulière. Ce sont donc principalement des hommes démunis, souvent marginalisés, issus du monde rural qui seront eux aussi entretenus par l'institution psychiatrique. Si dans l'asile du XIX<sup>ème</sup> on cultive, on élève, on fabrique, c'est tant au profit des individus contraints à l'enfermement qu'aux professionnels résidents. « *Ces personnels sont dans un état de dépendance totale et dans l'obligation de se nier comme individus privés : nourris et logés, ils ne peuvent sortir de l'établissement sans autorisation spéciale. Ils sont contraints au célibat. Leurs gages sont inférieurs à ceux de valets de ferme.* »<sup>13</sup> Le personnel en psychiatrie est

---

<sup>13</sup> BERICHEL Vincent, *L'évolution des modalités de l'exercice infirmier en psychiatrie : Un enjeu managérial pour le Directeur des soins*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Directeur des Soins, Rennes, 2006, p.12

alors davantage un personnel domestique et non qualifié, dont la compétence principale est celle de la soumission au cadre contraint imposé par la théorie qui préside à la discipline psychiatrique.

La pratique de la psychiatrie à l'ère de l'aliénisme apparaît de fait comme une pratique normée à différentes échelles. Au premier niveau, la norme est médicale, c'est à dire que le médecin clinicien, après Pinel, apparaît comme l'expert capable d'établir la démarcation scientifique entre raison et folie à partir d'observations probantes. A ce titre, il peut prononcer l'internement contraint et la nécessité d'un traitement qui passent tant par des actes de soins que par l'adhésion à une vie institutionnelle. Au second niveau, c'est l'appareil législatif qui réglemente la pratique de la psychiatrie sur le territoire national en indiquant et en garantissant les conditions des hospitalisations. L'institution psychiatrique à l'époque de l'asile est ainsi comparable à cette *institution totale* que décrit E.Goffman, où les membres partagent une *culture* (culture dans ses acceptions agricole et sociale) et vivent de manière recluse. Cet ostracisme touche alors même les *gardiens de fous* ou *surveillants*, ancêtres du personnel non médical en psychiatrie, encore mal définis et non réglementés qui font le choix d'une carrière institutionnelle de laquelle ils ne sortiront pas, à l'image de leurs patients. Leur fonction thérapeutique n'apparaît alors pas au premier plan, leur rôle se réduisant à une activité coercitive faisant pencher la balance du côté de la contrainte plutôt que de celle du soin.

## 2- La conquête d'un statut professionnel<sup>14</sup>

En plein coeur du XIXème siècle, la pratique de la psychiatrie apparaît (déjà ?) comme marginale, réalisée dans des lieux spécialisés, les asiles d'aliénés. Les pratiques y sont méconnues, les institutions repoussées le plus loin possible en dehors des frontières de la ville, le plus généralement à l'est pour éviter que les vents d'ouest puissent ramener les airs contagieux de la folie... Marginale et donc marginalisée, la folie comme ceux qui y travaillent restent cloisonnés dans l'enceinte de leur institution. On ne parle alors pas encore d'hôpital, pourtant le personnel, laïc en psychiatrie, doit y être hospitalier. Parallèlement, dans les hôpitaux de soins généraux encore emplis de spiritualité chrétienne, les femmes sont dévouées, charitables, héritières des religieuses qui étaient au service des pauvres comme des malades. Le soin y est alors bénévole, ennobli par sa dimension spirituelle. Evidemment, une question se pose et pourrait être formulée simplement ainsi : Comment les infirmiers ont-ils pu arriver dans l'institution psychiatrique ?

Le terme d'infirmier apparaît dans la langue française autour du XIIIème siècle. Son étymologie serait alors proche d'*enfermier*, qui, même si elle ressemble à s'y méprendre au terme d'*enfermer* (ce qui nous aurait davantage plu dans le cadre de notre travail !), partage pourtant les racines communes avec l'idée d'*infirmité*. On désignait alors par ce terme principalement des hommes qui étaient les compagnons de croisés à qui ils dispensaient des soins. Il y aurait donc bien eu des *infirmiers* avant des *infirmières* ! Ce n'est pourtant qu'à la charnière des XIX et XXème siècles que le terme aurait été utilisé de manière courante, surtout dans l'acception que nous lui prêtons encore aujourd'hui. Sa réhabilitation n'a évidemment rien d'anodine et est conséquente aux préoccupations du Docteur Désiré-Magloire Bourneville, aliéniste qui a participé en grande partie à la professionnalisation du métier d'infirmier en psychiatrie. Personnage majeur de l'histoire infirmière en psychiatrie, il est connu tout autant pour son activité médicale que pour ses contributions politiques. Fervent républicain, il était de fait promoteur d'une séparation de l'Eglise et de l'Etat et utilisait ses réflexions sur l'institution hospitalière pour en tirer des bénéfices secondairement politiques. De ses nombreux voyages à l'étranger, notamment dans les pays anglo-saxons, il apprit ainsi que les médecins bénéficiaient d'auxiliaires formés qui concouraient à la prise en charge des patients. Farouche anticlérical, il aurait affirmé alors qu'« *il est impossible de soigner*

---

<sup>14</sup> Conjointement à ce chapitre, on pourra lire la première partie du travail de V.Berichel qui enquête sur l'histoire des infirmiers à l'hôpital psychiatrique. (BERICHEL Vincent, *L'évolution des modalités de l'exercice infirmier en psychiatrie : Un enjeu managérial pour le Directeur des soins*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Directeur des Soins, Rennes, 2006). Aussi, le site communautaire [www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com) regorge de nombreux articles pédagogiques sur l'histoire de la profession infirmière.



*les aliénés si l'on n'est pas auparavant prévenu des principales particularités de l'affection dont ils sont atteints. Puisque en effet, c'est leur moral, comme on le dit qui est pris, il faut par une conduite spéciale du service où ils vivent, y apporter avec tact et jugement le remède que l'asile leur donne par l'ordre, la régularité de vie, la discipline intérieure tempérée par une affectueuse surveillance.»*<sup>15</sup> La première école d'infirmiers est ainsi créée en 1877 et marque la première forme d'un enseignement professionnel pour le personnel hospitalier. Ce faisant, on passe en moins d'un siècle de patients considérés comme moins gravement atteints et donc capables de s'occuper des autres à des professionnels aguerris, sensibilisés aux traitements et à la spécificité de l'expression pathologique. On parle alors du modèle de Bourneville pour évoquer l'essor des établissements d'instruction pour infirmiers qui se développent progressivement sur l'ensemble du territoire national.

Ainsi, dès 1878, les premiers professionnels infirmiers en psychiatrie voient le jour, avant même leurs collègues des soins généraux qui demeurent pour l'heure des *garde-malades*. Toutefois, malgré l'acquisition d'un nouveau statut acquis par la formation mais pas encore reconnu, les conditions de travail n'évoluent pas, la qualité des formations reste disparate sur le territoire. Il faut attendre 1907 pour trouver la première trace réglementaire du métier d'infirmier en psychiatrie et la création du titre d'infirmier psychiatrique départemental (on rejoint ici la décentralisation à l'échelle départementale de l'organisation territoriale). En plein coeur du mouvement de sécularisation cristallisé par la loi de 1905 est prolongé l'éloignement du corps clérical en intégrant des professionnels laïcs, disposant d'un diplôme légitimant leur présence et leur engagement. Il apparaît ainsi évident que l'évolution du soin infirmier en psychiatrie ne puisse être compris distinctement du contexte socio-culturel dans lequel il se situe. En profondeur, c'est le spectre de la maladie mentale qui est requalifié : Plus précisément, la maladie apparaît au premier plan au profit de la folie. La formation s'oriente alors vers une connaissance *paramédicale* et on affirme la nécessité de la présence d'infirmiers dans la continuité des soins. Pourtant, la psychiatrie du début du XXème est encore une affaire virile, dont la clé de voûte demeure la gestion des cas les plus agités, au gré de thérapies peu ou prou efficaces et qui n'apportent pas la garantie d'une rémission des troubles. L'année 1914 marque cependant une rupture dans la constitution du métier d'infirmier en psychiatrie. En effet, les hommes appelés au front pour la première guerre mondiale, les hôpitaux psychiatriques se retrouvent dépourvus de leur tissu institutionnel. 1914 marque en effet la féminisation du personnel asilaire. Si cette date est peu mise en avant dans l'histoire de la

---

<sup>15</sup> BENDER Thomas, *Historique de la profession des infirmiers en psychiatrie*, [consulté le 26 Janvier 2015]  
<http://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/historique-de-la-profession-des-infirmiers-en-psychiatrie.html>

psychiatrie, elle ne nous semble en effet pas si anecdotique. Pour nous, elle signifie avant tout que les femmes peuvent alors elles aussi exercer dans l'institution psychiatrique, ce qui réoriente la dynamique du soin en psychiatrie. En effet, avec l'arrivée des femmes, la psychiatrie exclut au moins temporairement l'exigence exclusivement physique de son recrutement et ouvre la brèche en faveur de qualités plus spécifiquement féminines. Nous aurons l'occasion de revenir sur l'apport des femmes dans le soin un peu plus tard.

Le soin infirmier en soins généraux connaît lui une éclosion parallèle, découvrant progressivement les travaux des *nurses* anglo-saxonnes telles que Florence Nightingale, considérée autant comme infirmière modèle que comme modèle pour les infirmiers. Ainsi, en 1922 est légiféré le premier diplôme d'état infirmier qui, bien qu'il partage la terminologie commune d'infirmier, n'a rien à voir avec le métier d'infirmier asilaire. Ces deux diplômes, s'ils partagent le fait d'exécuter des soins auprès de malades, demeurent cependant considérablement distincts, ne bénéficiant pour l'heure d'aucune perméabilité. Pourtant, depuis 1920, leur rapprochement s'était accru au gré d'une décision politique importante : A partir de cette date, les institutions psychiatriques ne dépendent plus du ministère de l'intérieur mais sont placés sous la tutelle de ce qui était le Ministère de la Santé. La psychiatrie est ainsi reconnue comme une préoccupation d'ordre prioritairement sanitaire, en conservant ce pôle historique de coercition. Deux tensions animent dès lors la pratique de la psychiatrie ; l'une, thérapeutique, s'inscrit dans une démarche de traitement des maladies psychiatriques ; l'autre, coercitive, répond à l'exigence politique de contrôle de la marge sociale pathologique. Depuis 1838, ces deux missions se recoupent dans une unité de lieu, l'asile qui connaîtra une profonde mutation en 1937 lorsque son appellation est abandonnée au profit de celle d'hôpital psychiatrique. L'infirmier générique des asiles d'aliénés devient *a fortiori* cet infirmier psychiatrique, toujours distinct et distant de l'infirmier diplômé d'Etat des hôpitaux généraux. Qu'est-ce qui justifie ce changement de terminologie ? Quels sont les attributs de cette nouvelle structure ?

Il semble être de bon aloi que de reconnaître l'hôpital comme lieu du soin. Si l'institution psychiatrique s'est historiquement constituée comme le lieu de la contrainte, il semble que c'est en admettant le primat du soin sur la contrainte que l'institution psychiatrique a pu devenir un hôpital. On se situe là encore en plein coeur de la première moitié du XXème siècle, une période d'expansion du savoir médical : La découverte de l'action antibiotique de la pénicilline par Fleming en 1928, les recherches bactériologiques menées autour de la tuberculose, font que la maladie fait de moins en moins peur et qu'elle s'abolit à l'épreuve de la connaissance. La psychiatrie, constituée

comme discipline médicale à part entière, n'échappe pas à ces avancées cliniques et se structure autour de solutions thérapeutiques innovantes. Alors que les saignées ont été abandonnées, alors que l'hydrothérapie montre toute son insuffisance, alors que la mise à l'isolement n'offre aucune perspective de rémission, les médecins utilisent peu à peu de nouvelles méthodes thérapeutiques. Ainsi, Wagner-Jauregg, inventeur de la malariathérapie, qui consiste à inoculer le germe de cette maladie tropicale dans l'organisme d'un syphilitique souffrant de paralysie générale (mal traité alors en psychiatrie), devient lauréat du prix Nobel de médecine en 1927 ; ainsi, Sakel qui pense qu'une perte de conscience par coma insulinaire puisse éloigner de la folie par la crainte d'une expérience de mort imminente ; ainsi Cerletti qui découvrira les vertus de l'électroconvulsivothérapie<sup>16</sup> pour sortir les malades psychiatriques de leur torpeur, sont ces précurseurs des innovations thérapeutiques. Il ne s'agit pas en ce lieu d'en contester l'efficacité mais d'en admettre la perspective innovante et de montrer comment la psychiatrie a pu pénétrer dans l'hôpital. En effet, c'est bien l'ensemble de ces tentatives thérapeutiques qui a contribué à hospitalo-centrer la psychiatrie, discipline aux savoirs émergents. Toutefois, l'application de ces méthodes implique *de facto* une requalification de ses artisans. Les soins dispensés aux malades requièrent à la fin de la première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle une technicité nécessaire à la réalisation des gestes. Dès lors, ce sont les formations pour les infirmiers psychiatriques qui se densifient, l'exigence technique prenant largement le pas sur la considération physique. On assiste ainsi à une instruction en deux temps, portée tant sur l'approche des gestes de soins que sur l'attitude à adopter face aux patients souffrant de troubles psychiatriques. Face à cela, en 1946 est légiféré le cadre réglementaire dans lequel évolue l'infirmier de soins généraux. Il aura pour particularité de matérialiser de manière indélébile le dualisme infirmier puisque le soin psychiatrique n'y est pas même mentionné, la frontière étant définitivement tracée entre les soins somatiques et les soins psychiatriques, entre le corps et l'esprit.

Plutôt que d'y observer un rejet, une méprise à l'égard du soin infirmier en psychiatrie, nous préférons y lire dans notre ambition positive une nécessité épistémologique qui permet d'affirmer l'indépendance de ces disciplines nouvellement constituées et statutairement reconnues. Le soin infirmier en psychiatrie se construit ainsi autour du paradigme bipolaire entre d'une part la velléité thérapeutique et d'autre part la mission coercitive. Ce qui semble poindre désormais, c'est

---

<sup>16</sup> aussi appelée sismothérapie ou traitement par électrochocs, l'électroconvulsivothérapie consiste à délivrer un courant électrique autour du cerveau pensé comme foyer de l'esprit afin de déclencher une crise d'épilepsie censée réduire les connexions neuronales pathologiques. Elle est encore aujourd'hui utilisée dans certaines indications précises, souvent en dernier recours, principalement dans le traitement de la mélancolie délirante ou du syndrome hallucinatoire résistant.

l'excédent de la balance du côté du thérapeutique qui prend peu à peu le dessus sur la contrainte. Or, qu'est-ce qui a pu légitimer la fonction thérapeutique des infirmiers en psychiatrie alors que celle-ci n'était jusqu'alors pas si évidente ? Comment a pu s'opérer le saut qualitatif d'une pratique de l'aliénisme à une théorie de l'infirmier comme acteur fondamental du soin ?

Notre parcours historico-épistémologique nous conduit alors dans les années qui entourent la seconde guerre mondiale. La population psychiatrique est décimée, frappée par la famine qui a emporté plus de 40 000 patients psychiatriques, soit la moitié des patients de France. Les acteurs de la psychiatrie sont alors marqués par cette catastrophe démographique et considèrent comme nécessaire une refonte du système psychiatrique. Si en terme législatif on n'assiste à aucune transformation notoire, c'est dans l'idéologie du soin que change considérablement la pratique psychiatrique. En effet, l'ostracisme inhérent à la psychiatrie a montré ses limites et doit être repensé. C'est dans ce contexte qu'émerge un mouvement, celui de la psychothérapie institutionnelle. Pour mieux le comprendre, il nous semble indispensable d'en préciser les fondements. Il nous faut ainsi rappeler que concomitamment aux différents essais thérapeutiques se sont associées progressivement d'autres hypothèses, empruntées celles-ci au vaste champ de la psychodynamique. Ce que nous entendons par là, c'est qu'en simultané d'une pratique d'allure biomédicale et neuro-centrée s'intègre le langage hérité de la psychanalyse qui vise à étudier le psychisme humain comme le résultat d'un processus déterministe et pas seulement comme une donnée figée. En psychanalyse et plus largement encore en psychodynamique, la thérapeutique s'appuie dès lors davantage sur les interactions intersubjectives que sur un organe, le plus souvent le cerveau, comme siège de l'esprit. Pourtant, on ne situe pas complètement au coeur d'une thèse éliminativiste, la psychanalyse n'excluant pas complètement l'explication de certains phénomènes psychiques à partir d'un substrat physique. N'oublions pas que Freud était entré dans la métapsychologie en embrassant une carrière de neurologue... Par ailleurs, le père fondateur de la psychanalyse a décrit un mécanisme important, celui du transfert que l'on peut définir comme le « *processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains Objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué.* »<sup>17</sup> De manière stricte, Freud décrit le transfert comme une activité névrotique propre à la cure analytique qui se joue entre le patient et son analyste. Par névrotique, nous entendons alors que l'un

---

<sup>17</sup> LAPLANCHE Jean, PONTALIS Jean-Bertrand, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2007, p.492

et l'autre peuvent se représenter les contenus psychiques d'autrui<sup>18</sup>. Dans son acception plus courante, nous pouvons expliquer le transfert comme la résonance que l'activité psychique d'un individu aura sur l'autre qui la perçoit (ce que le récepteur renvoie en retour à l'émetteur initial symbolise alors le contre-transfert). Toutefois, selon Freud, le transfert n'existe pas dans la symptomatologie psychotique. Le sujet psychotique, centré sur lui-même, ne serait de fait pas capable de cette activité de projection. Or, quand on sait que les hôpitaux psychiatriques sont majoritairement peuplés par des patients souffrant de troubles psychotiques, doit-on éliminer le transfert de toute tentative de rationalité ?

Dans un petit hôpital de Lozère, berceau de la psychothérapie institutionnelle, puis dans plusieurs hôpitaux psychiatriques français, se développe une thèse forte qui reconfigure la pensée du soin en psychiatrie autour de figures telles que François Tosquelles, Georges Daumézon ou, plus récemment, Pierre Delion<sup>19</sup> ou Jean Oury. Ce dernier écrit à propos de la psychothérapie institutionnelle qu'« *on pourrait la définir comme ce qui est nécessaire pour créer un champ psychothérapeutique collectif pas simplement des pratiques, mais également des concepts. Il s'agit essentiellement de prendre en charge le traitement des psychoses, mais, si on parvient à saisir quelque chose en ce qui concerne les psychoses, on pourra mieux comprendre la "normalité".* »<sup>20</sup> L'objectif avoué de la psychothérapie institutionnelle est ainsi de pouvoir répondre à une prise en charge psychothérapeutique de la psychose, là où la psychanalyse y observe une contre-indication logique. Oury, à l'instar des autres instigateurs de la psychothérapie institutionnelle, estime que « *ce qui nous apparaît comme étant le principe fondamental de notre action, c'est la question du transfert et de ses modalités : transfert éclaté, « transfert dissocié »...* Tout ceci montre l'impossibilité de prendre en charge psychothérapeutique un psychotique si on est seul, et s'il n'existe pas un milieu de référence. Cette prise en charge est forcément collective, ce qui ne veut pas dire qu'elle soit l'affaire d'un "groupe". »<sup>21</sup> Les psychiatres de ce mouvement opèrent dès lors une révolution dans le champ de la psychodynamique : ils récusent l'absence de transfert du sujet psychotique et pensent, au contraire, que celui-ci est capable d'un transfert multifocal. Pour la psychothérapie institutionnelle, le transfert ne concerne plus seulement le thérapeute comme dans la

---

<sup>18</sup> ce qui marque le pas avec la psychose où le plus souvent, on considère que le sujet psychotique n'est pas capable de se représenter et d'anticiper la vie psychique de l'autre.

<sup>19</sup> On découvrira le Pr.Delion et son développement des thèses de la psychothérapie institutionnelle dans un entretien auquel il a participé et qui pose la question « *Qu'est ce que la psychothérapie institutionnelle ?* » en suivant le lien <https://www.youtube.com/watch?v=vB91G3B9Qvs>

<sup>20</sup> OURY Jean, « *Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles.* », in *VST - Vie sociale et traitements*, n°95, Mars 2007

<sup>21</sup> *Ibid.*

cure analytique, mais toutes les composantes de l'institution : le médecin bien entendu, mais aussi tous les acteurs qui interviennent auprès du malade. Non seulement le transfert est réhabilité, mais il est aussi consolidé par son amendement multiréférentiel que la psychothérapie institutionnelle lui admet. Que peut-on en déduire *in fine* sur la présence des infirmiers au sein de l'institution psychiatrique ?

La thèse du transfert multiréférentiel du sujet psychotique défendue à l'issue de la seconde guerre mondiale modifie considérablement la place accordée aux infirmiers en psychiatrie. Si jusqu'ici ils étaient réduits à un rôle d'auxiliaire médical assurant une mission de surveillance continue au sein de l'institution, on en vient à penser que tout geste en psychiatrie a une portée thérapeutique puisqu'il s'intègre dans la constellation transférentielle du patient. Dès lors, ce qui est reconnu, c'est une fonction thérapeutique de l'infirmier en psychiatrie en tant que récepteur possible du transfert. Cette thèse permet à Tosquelles d'affirmer qu' « *on peut donc dire, sans exagérer et sans paradoxe, que la possibilité de soigner, comme il semble que nous l'ayons maintenant est totalement dépendante, non seulement du savoir-faire théorique du médecin psychothérapeute mais plutôt du comportement des infirmiers dans l'ensemble de l'institution.* »<sup>22</sup> La présence continue d'infirmiers en psychiatrie n'est pas seulement justifiée par une continuité de la surveillance, elle est avant tout légitimée par la permanence du soin psychothérapeutique. Le patient doit ainsi pouvoir déposer du contenu psychique à tout instant. En somme, la psychothérapie institutionnelle a inventé la fonction soignante spécifique de l'infirmier en psychiatrie ou l'a en tout cas dévoilé. Elle a permis à ce titre de faire éclore le premier diplôme d'infirmier psychiatrique en 1955 en valorisant les compétences spécifiques de cette profession. Encore aujourd'hui, de nombreuses unités de soins se revendiquent comme appartenant au mouvement de la psychothérapie institutionnelle et s'organisent à partir de ses principes : activités socio-thérapeutiques, référencement infirmier des patients suivis au long cours, réunions soignants-soignés, temps de réflexion clinique où la parole de chacun est écoutée indépendamment de sa fonction,... Pourtant, si l'on s'en tient strictement à l'idée de la fonction thérapeutique de l'infirmier en psychiatrie, un peu à la manière dont M.Jourdain fait de la prose dans *le bourgeois gentilhomme*, c'est aujourd'hui toute la psychiatrie française qui a intégré les principes de la psychothérapie institutionnelle. Alors que les savoirs hérités de la psychanalyse semblent avoir pris un avantage paradigmatique, au coeur de mouvements psychodynamiques qui gagnent du terrain, quelle place accorder à une vision biologique du trouble psychiatrique ?

---

<sup>22</sup> TOSQUELLES François, *Le travail thérapeutique en psychiatrie*, Toulouse, Editions érès, 2012, p.51

Parallèlement à la réception globalement favorable du mouvement de la psychothérapie institutionnelle auprès des acteurs de la psychiatrie, les recherches neuroscientifiques se sont poursuivies et débouchent en 1952 sur une découverte majeure par Henri Laborit, celle de l'action de la chlorpromazine dans le traitement des états de décompensation psychotique. Initialement étudié pour être utilisé dans les anesthésies, ce principe actif qui dispose d'une action sédatrice est encore aujourd'hui commercialisé et dispensé sous le nom de Largactil®. De manière générale, l'arrivée de la chimiothérapie en psychiatrie modifie en profondeur la pratique de la discipline. En effet, avec des traitements dont l'efficacité est rapidement objectivable (baisse de l'instabilité psychomotrice, abrasion des symptômes les plus bruyants,...), leur utilisation devient incontournable. Ils offrent, en outre, la possibilité de renouer du lien avec le patient vraisemblablement très atteint et pour lequel les perspectives d'avenir étaient les plus sombres quelques années auparavant. Par ailleurs, cette découverte à première vue principalement médicale va pourtant impacter la fonction infirmière en psychiatrie : D'une part, avec l'utilisation de traitements sédatifs, on assiste à un déplacement du mécanisme de la contrainte, du physique au chimique. Incontestablement, la présence physique est reléguée au second plan et est substituée par une chimiothérapie parfois lourde qui permet d'apaiser les états d'agitation les plus sévères. D'autre part, de nouveaux paramètres pénètrent l'activité infirmière comme l'administration thérapeutique. Si l'infirmier psychiatrique dans son aspect psychothérapeute se concentrera sur la compliance du patient à prendre son traitement et pourra y déployer une analyse clinique, l'infirmier psychiatrique ne négligera pas non plus la surveillance des effets secondaires imputables aux traitements, dans une dimension davantage biologique. La découverte de l'action des neuroleptiques et leur développement complexifie ainsi le soin infirmier en psychiatrie, d'abord valorisé pour sa fonction thérapeutique à laquelle s'ajoutent de surcroît une fonction exécutive d'une prescription médicale qui implique un suivi assidu.

Le début de la seconde moitié du XXème siècle s'affiche comme une étape charnière dans notre enquête sur le soin infirmier en psychiatrie. Non seulement les infirmiers acquièrent un statut professionnel reconnu par un diplôme, mais c'est aussi toute la psychiatrie qui est repensée. Mêlant étroitement certitudes biomédicales et théories psychodynamiques, ce sont désormais les patients qui bénéficient le plus de ces pratiques innovantes. En effet, la prise d'un traitement chimiothérapeutique et la lisibilité positive du trouble psychotique dans son activité de transfert permettent aux patients les plus démunis, les plus isolés, de progressivement sortir de l'institution imperméable et obscure dans laquelle l'aliénisme les avait enfermés. La perspective d'une sortie de

l'hôpital, jusqu'ici inespérée, devient maintenant possible et encourage la poursuite d'un soin, cette fois-ci extra-hospitalier. De mal incurable qu'il était, le trouble psychiatrique devient une maladie chronique comme peuvent l'être le diabète ou l'hypertension. Moyennant une observance régulière du suivi thérapeutique, le patient limite le risque de rechute, synonyme d'un retour à l'hôpital. Dès lors, c'est toute l'organisation de la psychiatrie qui doit être repensée en profondeur et c'est ainsi que la circulaire du 15 Mars 1960 est promulguée. Cette réglementation, encore en vigueur, relative à l'organisation territoriale de la psychiatrie en France encourage le soin extra-hospitalier en créant des structures rattachées à l'hôpital psychiatrique au plus près de la population. A une période où la démographie ne cesse de s'accélérer, la psychiatrie sort de son institution historique pour favoriser le maintien en dehors de l'hôpital. Le soin, s'il est souvent initié dans sa phase critique à l'hôpital, vise à être prolongée en dehors. Ainsi, les infirmiers sont eux aussi expatriés de l'institution-mère pour continuer le travail psychothérapeutique initié en dedans. Pourtant, si l'organisation sectorielle semble offrir une alternative intéressante à l'hospitalisation, elle demeure critiquable, principalement en un point. En effet, un patient rattaché à un secteur se retrouve *contraint* à être traité par le soin ambulatoire que ce secteur propose. Autrement dit, le secteur réduit dans les faits la libre accessibilité aux soins, le patient étant sans cesse renvoyé à cette règle selon laquelle il ne peut pas choisir son équipe pluridisciplinaire, la loi le faisant pour lui. En intra-hospitalier, en ayant privilégié l'ancrage sectoriel à la spécialisation clinique, on se retrouve face à des situations qui pourraient interroger sur leur pertinence : Encore aujourd'hui et depuis la mise en place du soin sectoriel, les patients sont effectivement hospitalisés dans les différentes unités de soin compte tenu de leur lieu d'habitation et plus en fonction de leur spécificité clinique. Pour le dire trivialement, déprimés, schizophrènes et hystériques se confondent au gré d'un code postal identique. La référence sectorielle, si elle a été vendue comme désaliénante proroge pourtant la caractéristique coercitive de l'institution psychiatrique. Comment, au sein de ce nouveau modèle, les infirmiers en psychiatrie ont-ils accompli leur fonction thérapeutique auprès des patients qu'ils sont amenés à prendre en charge ?



### 3- L'avènement du prendre soin

La représentation immédiate que nous pourrions nous faire de la profession infirmière l'associerait sans doute à l'idée du *prendre soin*. Comme si, infirmier signifiait sans détour *prendre soin*. Or, que vise-t-on ici en opérant ce rapprochement inéluctable ? S'agit-il d'une compréhension du concept dans son essence, dans sa mission, dans son objet ? *Prendre soin*, synonyme du soin infirmier, jusque dans son acception psychiatrique ? N'est-ce pas réducteur d'exprimer le soin infirmier qu'en terme de *prendre soin* ? Avec toute sa complexité, le terme de *prendre soin* prend, il nous semble, la forme d'un concept qui mérite d'être entendu tant en intension qu'en extension. Celui-ci va dès lors venir se rapporter à l'ensemble des professionnels qui viennent exercer leur spécificité auprès des malades dont ils s'occupent. Il apparaît tout aussi rapidement que le *prendre soin* ne puisse pas être compris qu'au regard de la profession infirmière mais que, plus largement, il s'intègre dans une pratique pluridisciplinaire. Ce qui est réinterrogé ici en profondeur, ce n'est pas tant une pratique spécifique que ce qu'on entend dans le concept de soin. M-F. Collière dans son ouvrage *Promouvoir la vie* explique en introduction que « *dès que la vie apparaît, les soins existent car il faut prendre soin de la vie pour qu'elle puisse demeurer. Les hommes, comme tous les êtres vivants, ont toujours eu besoin de soins, parce que soigner un acte de vie qui a d'abord et avant tout pour but de permettre à la vie de se continuer, de se développer et par là de lutter contre la mort.* »<sup>23</sup> Avec cet éclairage, on comprend que le soin ne peut être unidimensionnel dans une perspective exclusivement professionnelle. Il est avant tout une relation à l'autre, dans le souci d'assurer la continuité du vivant. Pour le dire autrement, la possibilité du soin est en tout à chacun et ne constitue pas, en soi, une compétence proprement professionnelle. L'usage que nous pouvons avoir trivialement du mot soin vient conforter cette hypothèse : Qu'ils soient maternels, de beauté, de confort, les soins quotidiens transcendent largement la seule activité professionnelle. Alors, par quel saut qualitatif deviennent-ils un geste réservé à une classe d'individus formés pour les dispenser ? Quelle devient leur spécificité pour qu'ils soient l'élément de définition d'un corps professionnel ?

L'ouvrage *Promouvoir la vie* de M-F. Collière apparaît comme incontournable pour les étudiants infirmiers dans leur formation initiale, leur étant recommandé de manière récurrente afin de comprendre l'histoire de leur future profession et d'en cerner l'héritage. Au regard de l'objet de

---

<sup>23</sup> COLLIÈRE Marie-Françoise, *Promouvoir la vie*, Paris, Masson, 1982, p.23

notre travail, il semble pertinent d'utiliser le même matériel pédagogique qui nous permet d'examiner tant les savoirs infirmiers que les rapports qu'ils entretiennent avec. D'emblée, la problématique qui articule la dissertation de Collière met en avant une nouvelle perspective à la compréhension du soin infirmier que nous n'avons que brièvement exposé, celle du genre. Cette question nous touche d'autant plus qu'elle articulait notre première production formelle de réflexion infirmière, notre travail de fin d'études qui sanctionne le temps de formation. Alors que nous cherchions alors à examiner dans quelle mesure les hommes peuvent-ils prendre soin dans une discipline majoritairement féminine, nous proposons de lire dans le poids de la transmission la difficulté que cela génère. En relisant *la domination masculine* de P.Bourdieu, nous nous rappelons de la dissymétrie dans les parcours professionnels selon le genre au gré d'un déterminisme social transcendant. *Infirmière, un métier de femme, vraiment ?* Cependant, ce travail ne répondait pas au *pourquoi* originel, et il est maintenant temps de réparer cette méprise.

A l'origine de cette argumentation, on retrouve une distinction fondamentale dans l'utilisation du mot *soin*. L'argumentation de Collière s'appuie alors sur deux postulats vitalistes généraux, qui semblent à première vue assez proches mais qui toutefois opèrent une distinction profonde. D'abord, selon Collière, la préoccupation première de l'humanité serait celle de *maintenir la vie*. A ce titre, « *les tâches s'organisent autour de quelques nécessités fondamentales : se sustenter, se protéger des intempéries, défendre le territoire et en sauvegarder les ressources. (...) Assurer la survie était et demeure un fait quotidien, d'où l'une des plus vieilles expressions de l'histoire du monde : prendre soin de.* »<sup>24</sup> Il y aurait donc, toujours selon Collière, des besoins primaires auxquels il faudrait répondre et dont l'assouvissement est un impératif pour garantir la survie de l'espèce. Face à cela, le second volet, second postulat de départ que nous qualifions volontiers de vitaliste, pour lequel il s'agit alors pour assurer la pérennité de l'humanité de *faire reculer la mort*. Evidemment entre-mêlé avec le premier postulat énoncé, celui-ci se déploie différemment dans la pratique du soin. Car effectivement, si « *à partir de l'orientation initiale visant à trouver tout ce qui est fondamental pour assurer la vie, viennent à naître des questions sur ce qui est bon ou ce qui est mauvais, pour permettre à la vie des individus et du groupe de se continuer, de repousser la mort* »<sup>25</sup>, se dévoile alors une autre dynamique, celle de *faire des soins*. Là aussi processus actif, la démarche de soin devient une dénonciation du mal qu'il faut éviter et sur lequel on peut agir. On ouvre ainsi la possibilité de la réparation. Il y a dans cette hypothèse une

---

<sup>24</sup> *Ibid.*, p.24

<sup>25</sup> *Ibid.*, p.25

dialectique fondamentale qui vient conflictualiser le bon et le mauvais, conception qui conditionnerait alors le premier postulat énoncé. Il est alors évident que les deux postulats s'enrichissent l'un de l'autre. Pourtant, et c'est là le coeur de la thèse de Collière, c'est à partir des besoins primaires qui maintiennent la vie que s'opère la division sexuelle du travail. Elle pourra ainsi affirmer que « *pendant des milliers et des milliers d'années, la pratique des soins courants, c'est à dire tous les soins qui entretiennent la vie de tous les jours, se rattache fondamentalement aux activités de la femme. C'est elle qui met au monde, c'est elle qui a charge de prendre soin de tout ce qui entretient la vie quotidienne dans ses menus détails.* »<sup>26</sup> Historiquement et même ontologiquement, le *prendre soin* s'est constitué de fait comme une pratique féminine, attentive des événements de la vie banale. Apparaît alors un hiatus flagrant et pluridimensionnel entre *prendre soin* et *soin* en psychiatrie. Comment les deux ont-ils pu se réconcilier, s'enrichir mutuellement ? Comment caractériser davantage cette théorie du *prendre soin* pour en faire une compétence professionnelle ?

Notre ambition épistémologique mérite de prêter davantage d'attention à cette distinction que nous avons faite entre *prendre soin* et *faire des soins*. Nous proposons d'y lire un parallèle avec la séparation conceptuelle, et pas seulement sémantique, entre soigner et guérir. De même, il est assez courant d'entendre dans la culture infirmière que les infirmiers sont là pour s'occuper des malades alors que les médecins se préoccuperaient quant à eux des maladies. Même si cette assertion sonne comme un reproche contre une médecine déshumanisante, notre argumentaire n'a pas pour visée d'effectuer une confrontation frontale avec le corps médical et récuse toute opposition entre les disciplines. A la manière de Collière, il s'agit plutôt de montrer que l'un n'exclut pas l'autre. Outre cette complémentarité demeure cependant une disjonction entre les deux idées pas toujours si évidente à repérer, mais que la langue anglaise souligne aisément avec deux termes proches mais pas équivalents, *care* et *cure*. Si dans le *cure* résonne la dimension stricte du traitement contre la maladie, comme on le retrouvera en français dans curatif (en ce sens, on se situe alors davantage dans l'idée de *faire des soins* avec la perspective d'une guérison), le *care* est un concept plus difficile à exploiter. Ce que nous pouvons commencer par dire, c'est qu'il s'inscrit dans une tradition anglo-saxonne née dans les années 1960 et à partir de laquelle la pensée infirmière se structure encore aujourd'hui. Dès lors, est-il vraiment nécessaire de le traduire ? Au même titre que l'on parle de curatif, pourrait-on vulgariser un néologisme comme celui du caratif ?

---

<sup>26</sup> *Ibid.*, p.38

Aujourd'hui encore, le modèle des soins infirmiers s'appuie sur une théorie précise, celle des quatorze besoins fondamentaux de Virginia Henderson<sup>27</sup>. Peut-être moins connue dans la vie courante que la théorie pyramidale des besoins de Maslow, elle n'est rien de moins que la base constitutive du savoir infirmier. A la manière des tables de multiplication dans les premières années d'apprentissage scolaire pour tout un chacun, les infirmiers connaissent ces quatorze besoins par coeur, sont amenés à les réciter dans les temps d'évaluation ou à les utiliser dans leur recueil de données auprès du patient. Après avoir dépoussiéré nos souvenirs d'étudiant infirmier, nous pouvons énumérer ainsi les quatorze besoins fondamentaux :

- Respirer
- Boire et manger
- Eliminer
- Se mouvoir, maintenir une bonne posture
- Dormir, se reposer
- Se vêtir et se dévêtir
- Maintenir sa température dans les limites de la normale
- Être propre et protéger ses téguments
- Eviter les dangers
- Communiquer avec ses semblables
- Agir selon ses propres valeurs
- S'occuper en vue de se réaliser
- Se récréer
- Apprendre

Ces besoins sont présentés de telle sorte aux infirmiers que ce seraient l'identification de la perturbation d'un besoin et les actions entreprises en vue de son accomplissement qui constitueraient le propre du soin infirmier. Au même titre que Collière pense le soin comme appartenant à l'humanité avant d'appartenir à une profession, l'identification des besoins montre que le soin se rapporte à l'existence et à ses paramètres vitaux. Ce que l'on voit ainsi poindre, c'est que le soin infirmier, puisque décliné à partir de sa relation aux besoins, s'inscrit davantage dans sa relation avec la vie individuelle qu'avec le phénomène proprement pathologique. C'est à partir de ce principe qu'une théorie du *caring* peut sourdre et délimiter le champ du soin infirmier. Jean Watson est alors la première à définir dans les années 1970 ce que serait le *caring* et en délimite la

---

<sup>27</sup> HENDERSON Virginia, *La nature des soins infirmiers*, Paris, InterEditions, 1994

compréhension. Le *caring* est ainsi décrit comme « *l'activité d'aider une autre personne à croître et à s'actualiser, un processus, une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son développement.* »<sup>28</sup> Dans le cadre de ce processus, J. Watson décline un ensemble de dix *facteurs caratifs*<sup>29</sup> qui serait le dispositif organisateur du soin infirmier :

- développement d'une relation d'aide et de confiance
- prise en compte et soutien du système de croyance et d'espoir
- promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel
- création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction
- assistance à la satisfaction des besoins humains
- culture d'une sensibilité à soi et aux autres
- acceptation et promotion de l'expression des sentiments positifs et négatifs
- utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de prise de décision
- prise en compte de facteurs existentiels-phénoménologiques
- développement d'un système humaniste-altruiste

En résumé, le *caring* se définit comme une approche profondément humaine et holistique. L'Homme y est perçu dans un ensemble de perspectives : individuelle et collective, biologique et comportementale. Il n'y a pas de primat de l'une sur l'autre, c'est là sans doute la force et la faiblesse du *caring*. Aussi, nous pourrions nous interroger sur ce qui a permis que le *caring* soit rendu lisible et formuler l'hypothèse d'un troisième grand moment épistémologique dans l'histoire du soin infirmier en psychiatrie qui coïnciderait avec les mouvements de libération des femmes. Coïncidant d'abord en terme de temporalité, c'est aussi parce qu'il existe une cohérence socio-culturelle que nous pouvons nous permettre cette hypothèse. En effet, en autorisant et en reconnaissant la parole de la femme, on peut admettre que ses attributs précoces, tels que la faculté à prendre soin, puissent être valorisés. C'est un véritable moment de rupture dans les représentations de l'*infirmière* qui peut être reconnue comme autonome, comme disposant d'un savoir qui lui est propre et qu'elle met en pratique selon des compétences spécifiques. Du statut d'auxiliaire médical, on se dirige alors vers une profession indépendante et structurée. Pourtant, à première vue, cette explication semble davantage prévaloir pour les soins infirmiers généraux. et

---

<sup>28</sup> MAYEROFF Milton, *On caring*, in HESBEEN Walter, « Le caring est-il prendre soin ? », in *Perspective soignante*, n°4, Mars 1999, p.31

<sup>29</sup> WATSON Jean, *Le caring, Philosophie et science des soins infirmiers*, Paris, Seli Arslan, 1998

prolonge l'héritage des *nurses*. Rappelons qu'effectivement, nous nous trouvons encore face à deux diplômes distincts sans perméabilité, que les savoirs ne sont pas encore partagés lors de la constitution de ce nouveau paradigme. Comment les soins infirmiers en psychiatrie ont-ils pu accueillir le *caring* ? Comment est-on passé du *caring* au prendre soin ? Quels sont les besoins fondamentaux auxquels peuvent concourir les infirmiers en psychiatrie en vue de leur réalisation ?

En plein développement de la psychiatrie de secteur, qui, s'il est nécessaire de le rappeler, organise encore aujourd'hui le soin psychiatrique, le soin infirmier s'en voit nécessairement reconfiguré. Les pratiques aliénistes sont abandonnées et l'hôpital s'ouvre peu à peu vers l'extérieur. Ce n'est pas tant un changement institutionnel qu'une révolution paradigmatique qui point : l'hôpital ouvre ses portes, la page de l'asile est définitivement tournée. *De facto*, le tissu institutionnel est lui aussi modifié, à commencer par les infirmiers. 1969 est davantage connue pour être l'année où l'Homme a marché pour la première fois sur la Lune, pourtant cette date est tout aussi importante en psychiatrie pour une autre raison. En effet, elle marque l'année d'un changement d'appellation pour les infirmiers qui deviennent alors les *infirmiers de secteur psychiatrique*. Alors que la fracture semble paroxystique entre soins généraux et institution psychiatrique, le changement de désignation nous donne une indication précise : Le soin est désormais articulé autour de son ancrage sectoriel. Le soin ne peut être pensé outre le secteur, tout autant que le secteur peut panser. C'est à partir de cette conception que le modèle se pérennise et que l'institution s'organise. Toutefois, la formation infirmière en psychiatrie demeure plus courte que son pendant somatique jusqu'en 1979 et l'arrêté qui déterminera une formation tout aussi longue en psychiatrie qu'en soins généraux. Encore aujourd'hui, de nombreux infirmiers exercent avec ce diplôme et apparaissent comme les canaux de transmission d'une culture infirmière spécifique. Nous nous entendons encore aujourd'hui demander aux collègues les plus expérimentés s'ils sont *des I.D.E. ou des I.S.P...*<sup>30</sup>

Il faut alors attendre 1992 pour assister à ce qui sera certainement la révolution la plus majeure dans la formation infirmière en psychiatrie après celle de sa création. Cette date sonne le glas d'une formation spécifique et inaugure la création d'un diplôme unique pour les infirmiers. Diplôme unique ou tout au moins uniformisé... En effet, en 1992 est créé le décret de compétences de l'infirmier diplômé d'Etat, diplôme qui permet d'exercer à la fois en psychiatrie et en soins

---

<sup>30</sup> Aujourd'hui en psychiatrie cohabitent Infirmiers diplômés d'Etat (I.D.E.) et Infirmiers de secteur psychiatrique (I.S.P.). Ces derniers, évidemment de moins en moins nombreux, ont bénéficié d'un enseignement spécifique à la pratique en psychiatrie et apportent naturellement un autre regard sur les soins.

généraux. Pour les infirmiers déjà diplômés, seuls ceux disposant du diplôme d'Etat de 1946 (qui régleme l'activité en soins généraux) peuvent exercer en psychiatrie, sans pour autant bénéficier d'enseignements spécifiques dans la discipline. Or, la réglementation ne prévoit pas de réciprocité, les derniers infirmiers de secteur psychiatrique ne pouvant pas faire la passerelle vers la santé physique, leur diplôme n'étant pas valorisé à cet effet. Ce qui apparaît comme prégnant à cet instant, c'est la disparition d'une spécificité à la faveur d'une généralisation de la connaissance. Les plus réactionnaires y verront sans doute l'abrasion du savoir-faire d'une approche particulière du patient psychiatrique, sans autre forme de procès. Pourtant, ce n'est pas la lecture que l'appareil législatif en a faite et qui a justifié ce changement structurel, ce ne sera d'ailleurs pas notre point de vue non plus dans le cadre de ce travail, comme cela ne l'a jamais été en tant que professionnel. Effectivement, et ici nous rejoignons notre présentation du *caring*, c'est davantage une approche holistique qui est promue. Ce qui est recherché et qui justifie la création de ce diplôme unique, c'est avant tout un délaissement du clivage physique/psychique qui restreint et oriente précocement le regard de l'infirmier sur le patient. La limite que vient toutefois heurter cette nouvelle modélisation du savoir pratique, c'est la diminution significative du temps accordé aux savoirs académiques et à la présence sur le terrain en ce qui concerne le soin psychiatrique dans le processus de formation infirmière. Si on s'en tient strictement aux exigences des programmes, on passe d'environ 1600 heures accordées pleinement à la psychiatrie (stages + enseignements) avec le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique<sup>31</sup> à 600 heures en 1992. Toutefois ce calcul apparaît comme caduc puisque la nouvelle formation infirmière généraliste favorise l'approche globale à celle circonscrite à une seule discipline. Il y a alors une différence de perspective entre un raisonnement quantitatif qui laisserait à penser que la formation des infirmiers en psychiatrie était plus efficiente avec le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique puisque davantage fourni en terme de contenus spécifiques et une approche qualitative qui pense que le patient doit être compris dans une approche holistique, ne négligeant aucun de ses besoins. *L'infirmière* n'a pour ainsi dire pas tué l'infirmier psychiatrique, elle l'a au contraire enrichi en lui apportant de nouvelles perspectives d'approche.

Avec cette nouvelle configuration du soin infirmier, c'est l'approche du patient qui est repensée. Ce qui nous intéresse en ce lieu, c'est comment le *caring* s'actualise et dans quelle mesure demeure-t-il spécifique en psychiatrie. Les travaux de Watson ne sont ainsi pas restés sans suite et il

---

<sup>31</sup> GRILLET Michèle, *Programme d'études préparatoires au diplôme d'infirmier et d'infirmière de secteur psychiatrique*, [consulté le 16 Mars 2015]  
<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/programme/isp.htm>

y a fort à parier que tous les infirmiers ont tenu entre leurs mains à un moment de leur formation l'ouvrage *Prendre soin à l'hôpital* de Walter Hesbeen, si bien que l'on pourrait davantage considérer cette oeuvre comme un manuel pédagogique que comme un travail de réflexion. W.Hesbeen, infirmier de formation initiale, a ensuite publié de nombreux ouvrages et articles sur la profession infirmière de laquelle il ne s'est jamais vraiment éloigné. Il demeure encore aujourd'hui la figure de proue de l'épistémologie infirmière. Privilégiant le concept de *prendre soin* à celui de *caring*, il estime que « le concept de "prendre soin" désigne cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé. »<sup>32</sup> D'emblée, la différence avec le *caring* n'est pas flagrante... Hesbeen avancera pourtant deux arguments pour souligner la dialectique fondamentale entre *caring* et *prendre soin*. D'une part, selon lui, « le *caring* s'inscrit dans une approche essentiellement - voire exclusivement - infirmière alors que le "prendre soin" est résolument pluriprofessionnel.»<sup>33</sup> Bien que nous ne négligions pas cet argument, il ne peut à lui seul nous permettre de faire une distinction entre *caring* et *prendre soin* si nous nous intéressons spécifiquement aux soins infirmiers. D'autre part, toujours selon Hesbeen, « le *caring* est présenté comme une théorie, une science et une philosophie. Le "prendre soin" est présenté comme une philosophie, une valeur, une façon d'aller dans l'existence. Il en résulte que le *caring* pourrait apparaître, selon les présentations et lectures qui en sont faites, comme moins favorable à l'ouverture et à la créativité. Ce risque existe également pour le *prendre soin*, mais me semble moins fondé dans la mesure où il ne prétend pas au statut d'un savoir scientifique. »<sup>34</sup> Si Hesbeen nous montre ici pourquoi on ne saurait traduire le *caring* par le *prendre soin*, c'est parce qu'il y a avant tout une différence conceptuelle entre les termes. Le *prendre soin* s'affirme dans une dimension axiologique et s'inscrit dans une démarche fondamentalement éthique là où le *caring* a des prétentions davantage épistémologiques. Le *prendre soin* privilégie ainsi l'aspect phénoménologique du soin et l'humilité de la relation. En outre, Hesbeen récuse dans le *caring* cette volonté scientifique qui aurait tendance à universaliser ou objectiver la relation de soins et voit sa thèse davantage coïncider avec une lecture existentialiste pour laquelle « le *prendre soin* est le nécessaire rappel de la synthèse biographique sous l'analytique biomédicale. La pratique soignante articule ce que la théorie disjoint : la rationalité technoscientifique de l'outillage médical

---

<sup>32</sup> HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital*, Paris, Masson, 1997, p.8

<sup>33</sup>HESBEEN Walter, « Le *caring* est-il prendre soin ? », in *Perspective soignante*, n°4, Mars 1999, p.44

<sup>34</sup> *Ibid.*



*et l'expressivité d'une corporéité au retentissement existentiel, relationnel, éthique et spirituel. »<sup>35</sup>*

Pourtant, au-delà du geste humaniste, il doit bien y avoir quelques grands principes au *prendre soin* pour que nous puissions en parler... ? Comment ceux-ci survivent-ils à l'épreuve de la rationalité scientifique ? Comment se déclinent-ils en psychiatrie ?

Entre les acteurs de la psychiatrie qui pensent que les *somaticiens* ne disposent d'aucune autonomie et se contentent de *faire des tours* avec leur chariot de soins (il n'y a qu'un pas entre l'accusation de *faire des tours* et celle de tourner en rond...) et les "psy" qui seraient les plus farfelus des infirmiers, ou en tout cas ceux qui ont le moins envie de travailler et qui ne se baseraient que sur le "relationnel", il est évident qu'un clivage majeur continue de scinder la profession infirmière. Y aurait-il alors plusieurs manières de *prendre soin* ? Comment caractériser le "relationnel" qui semble être l'aspect majeur du *prendre soin* en psychiatrie ? A première vue, nous pourrions qualifier, un peu hâtivement, d'immédiate la relation en psychiatrie. Ce que nous entendons par là, c'est qu'il n'y aurait pas nécessité d'avoir un acte prescrit à réaliser (un médiateur) pour aller à la rencontre du patient. Si la pose d'une voie veineuse, la réalisation d'un pansement ou l'administration d'un antibiotique sont autant d'occasions de rencontre en soins généraux, la relation en psychiatrie ne semble pas avoir besoin de ces prétextes. On se situe cependant ici au plus bas degré du clivage, au simple préjugé, alors que nous avons vu précédemment que la psychiatrie disposait elle aussi de sa propre technicité et que de nombreux gestes se font sur délégation médicale. De même, nous ne pouvons pas envisager qu'un soin, même physique, puisse être réalisé sans une parole rassurante, témoignant d'attention et de sollicitude à l'égard du patient. Pourtant, la relation semble prendre une autre dimension en psychiatrie. A la manière dont le pense Goffman quand il dit que « *la conversation a un caractère unique, car elle crée pour celui qui y prend part un autre monde et une réalité où d'autres participent également* »<sup>36</sup>, nous pourrions croire que la relation est d'autant plus unique en psychiatrie qu'elle a cette part d'ancrage dans la réalité, évidemment thérapeutique pour des patients qui auraient tendance à s'en dérouter.<sup>37</sup> De par la fonction thérapeutique confiée aux infirmiers par la psychothérapie institutionnelle, il en ressort nécessairement que la relation a elle aussi cette fonction

---

<sup>35</sup> Jean-Philippe, *Vulnérabilité - Pour une philosophie du soin*, Paris, PUF, 2010, p.117

<sup>36</sup> GOFFMAN Erving, *Les rites d'interaction*, in PIERRON, op.cit., p.166

<sup>37</sup> Délirer signifie étymologiquement *sortir du sillon*. Pourtant, il n'y a pas que ces patients aux délires bruyants qui ont tendance à perdre leurs repères... Un patient déprimé qui se pense indigne parce que trop pessimiste et qui envisage la mort comme seule issue, un patient obsessionnel qui craint d'être contaminé au moindre contact avec autrui, une jeune fille qui se prive de nourriture car craignant d'avoir une silhouette désavantageuse, sont autant d'expression de la souffrance qui traduisent d'un désajustement des perceptions collectives de la réalité.

spécifique. Tosquelles que nous avons déjà présenté comme le père fondateur de la psychothérapie institutionnelle écrit par ailleurs que « *c'est aussi ce qui fait la particularité de l'infirmier psychiatrique en face des autres "auxiliaires médicaux" dispensateurs de soins biologiques. (...) Tout dans la pratique porte à exiger de l'infirmier de médecine interne ou de chirurgie un exercice en quelque sorte passif. (...) Toutefois, en ce qui concerne les infirmiers psychiatriques, les choses ne peuvent que se passer autrement. (...) Dans les troubles dits "psychiques", ce qui est en jeu et en question, ce qui fait question, c'est précisément leur activité humaine. Nulle part, cela n'éclate de façon plus évidente que dans ces situations thérapeutiques précises : ce que l'on doit bien appeler psychothérapie (dans et par des échanges verbaux).*»<sup>38</sup> Ce que l'on appelle le "relationnel" serait donc bel et bien l'essence même de la spécificité du soin infirmier en psychiatrie, le moteur d'un *prendre soin* spécifique.

Si le "relationnel" est ce qui met en route le *prendre soin* et que les deux termes semblent se confondre quand il s'agit d'aborder le soin infirmier en psychiatrie, ils ne sont pourtant pas équivalents. Il nous apparait alors de bon aloi de clarifier la différence entre les deux. Car en effet, si nous avons vu que le *prendre soin* est une compréhension de l'autre dans sa totalité qui permet de répondre à une défaillance dans ses besoins fondamentaux, le "relationnel" se complexifie, en psychiatrie, dans sa dimension psychothérapique. Ce que nous entendons par là, c'est que la relation a une fonction propre en psychiatrie, celle qui permet de remettre du sens, une fonction de symbolisation. Bien que nous ne négligions pas les caractéristiques régressifs du soin, nous cherchons à montrer ici dans quelle mesure la relation est d'autant plus complexe en psychiatrie qu'elle a cette fonction thérapeutique. Ceci légitime alors un soin particulier à la discipline psychiatrique où la relation se cristallise, l'entretien infirmier. Tantôt prescrit, tantôt informel, il est le lieu d'une rencontre entre deux psychismes, où les activités de transfert et contre-transfert sont mis en valeur. Pourtant en ce lieu, nous faisons le choix de ne pas décrire l'entretien infirmier en termes psychodynamiques mais plutôt d'en comprendre la spécificité en déclinant ses invariants. Nous nous appuyons alors davantage sur les travaux de Carl Rogers, connu pour avoir théorisé la relation d'aide. Si, nous l'avons compris, nous parlerons davantage de relation d'aide thérapeutique puisqu'on inscrit la relation dans une dimension thérapeutique en psychiatrie, il n'en demeure pas moins que cette relation s'ancre dans des principes plus généraux sur la relation d'aide. Ainsi, sont convoqués dans les soins infirmiers en psychiatrie les principes rodgériens de la relation d'aide, à

---

<sup>38</sup> TOSQUELLES François, *Le travail thérapeutique en psychiatrie*, Toulouse, Editions érès, 2012, p.42

savoir l'empathie, l'authenticité et la congruence<sup>39</sup>. Un bel étalage conceptuel, mais pour quelle application pratique quand il s'agit d'une rencontre entre un infirmier et un patient ? De mémoire d'infirmier, il ne nous est jamais arrivé de nous présenter face à un patient et de nous répéter qu'il fallait rester empathique, authentique et congruent... Pourtant, de nombreux patients dans la détresse psychique ont pu nous toucher et il nous semble que nous avons pu modestement contribuer au mieux-être de certains d'entre eux à un moment de leur prise en charge. D'autres fois, le lien n'a pas pu émerger et il nous est même arrivé de nous considérer incompetent dans les soins à dispenser à l'autre... L'incertitude, le doute, le possible, le peut-être sont les caractéristiques fondamentales de la rencontre avec le patient. La relation ne peut dès lors se prescrire, elle s'expérimente. Plus que des principes, nous pouvons dire que les concepts rodgériens sont avant tout des objectifs théoriques que l'infirmier en psychiatrie visent et qui permettent de faire de la relation un objet thérapeutique. La relation s'appuie ainsi sur des compétences qui permettent d'atteindre ces objectifs, principalement la reformulation et l'écoute active. Si ces deux notions semblent correspondre à des échanges prioritairement verbaux, c'est pourtant dans le spectre du non-verbal qu'elles témoignent d'une attention à l'autre : Ainsi, demander à un patient qui tremble des extrémités s'il est inquiet, questionner un patient sur des hallucinations envahissantes quand on le voit regarder avec effroi en direction du mur, interroger un patient qui s'auto-mutile sur les bénéfices qu'il y trouve, témoignent d'une attitude proximale et donc d'une conquête empathique. Dans un raisonnement pratique, ce qui préside alors à la relation, et qui permet de faire la correspondance avec le *prendre soin*, est cette individuation fondamentale du lien à créer avec le patient. Pour le dire autrement, le patient est tout aussi unique que la relation que l'infirmier aura avec lui.

Comment ces rapports psychothérapeutiques particuliers se légitiment-ils dans le pouvoir de contrainte de la psychiatrie ? En outre des évolutions statutaires et des différentes mutations institutionnelles de l'hôpital psychiatrique à travers les époques, nous avons pu voir que la loi de 1838 relative aux internements sous contrainte a traversé les décennies sans être profondément modifiée. Cette loi autorisant les *placements* en psychiatrie est ainsi restée opérante jusqu'au 27 Juin 1990 et la *loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins*

---

<sup>39</sup> L'empathie désigne généralement la compréhension de l'autre et de ses éprouvés. L'authenticité se réfère quant à elle à l'adhésion à ses propres émotions réelles alors que la congruence désigne la symétrie entre l'attitude du soignant et ses affects. Pour aller plus loin et se familiariser davantage avec les concepts de la psychodynamique, on pourra lire le chapitre *Entretien et relation d'aide* in MORASZ Laurent, PERRIN-NIQUET Annick, BARBOT Catherine, MORASZ Clémence, *L'infirmier en psychiatrie*, Paris, Masson, 2012, pp 175-189.

*psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge*<sup>40</sup>. Le nouveau texte réglementaire réforme alors les procédures d'admission en psychiatrie et intègre de nouveaux dispositifs tels que, par exemple, les sorties d'essai qui sont l'équivalent de permission en dehors de l'hôpital pour les patients nécessitant une contrainte de soins, dans le but de favoriser leur réadaptation sociale. Si nous nous arrêtons sur ce texte, c'est principalement pour une modification profonde qui ne sera pas que sémantique. Si la loi de 1838 réglementait les *placement libre*, *placement volontaire* et *placement d'office*, celle de 1990 légifère les *hospitalisation libre*, *hospitalisation à la demande d'un tiers* et *hospitalisation d'office*. Si nous ne rentrerons pas ici dans le cœur du texte normatif, arrêtons nous un instant sur la terminologie employée. On observe alors que l'*hospitalisation* se substitue au *placement* ce qui redéfinit considérablement la portée de la contrainte. Effectivement, si la pratique psychiatrique a progressivement penché du côté du soin, le législateur concède à la discipline médico-coercitive ce primat du soin sur celui du contrôle social. La loi de 1990 répare ainsi le hiatus entre soin et contrainte creusée en 1937 entre d'une part une reconnaissance de l'institution psychiatrique comme hôpital et d'autre part le maintien d'une loi archaïque et stigmatisante. En requalifiant la contrainte comme mesure hospitalo-centrée, c'est ainsi toute la dynamique du soin psychiatrique qui est bouleversée. Ce qui apparaît alors, c'est le lien possible entre soigner et contraindre et l'ébauche d'une perméabilité entre les deux missions. En profondeur, on assiste à une refonte de la psychiatrie qui sort de cet aspect figé, immobile que semblait indiquer le *placement* pour aller vers une discipline dynamique, innovante avec la clôture possible d'une hospitalisation. Cette perspective sera prorogée dans les nouvelles réformes de la loi, la plus récente du 5 juillet 2011 abandonnant pour sa part la notion d'hospitalisation contrainte au profit de celle de soins sous contrainte, soulevant de nouvelles questions pour de nouveaux enjeux. Nous aurons l'occasion d'examiner ce texte plus tard et de montrer en quoi il modifie la pratique infirmière en psychiatrie.

Mener une tentative d'archéologie du soin infirmier en psychiatrie témoigne d'un nécessaire mouvement discursif entre soigner et contraindre en incluant les différents retentissements socio-culturels qui conditionnent la construction de cette discipline spécifique. La généalogie du soin infirmier en psychiatrie est ainsi émaillée de digressions, toutes relatives aux évolutions de la psychiatrie et plus généralement aux paradigmes qui organisent le traitement de la maladie mentale. Ce traitement, initialement entendu comme exclusif et coercitif est progressivement développé dans

---

<sup>40</sup> Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation  
<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000349384>

son acception médicale comme possibilité thérapeutique qui ira jusqu'à l'idée d'une réadaptation sociale, à l'inverse d'une psychiatrie enfermante. Cette ouverture vers le soin légitime alors la présence d'un personnel qualifié, dont la mission dépasse pourtant l'assistance technique du médecin que la psychothérapie institutionnelle aura permis de souligner en mettant en lumière l'action proprement thérapeutique de l'infirmier comme objet du transfert à partir de thèses psychodynamiques. Demeurent cependant quelques zones d'ombre dans l'autonomie du soin infirmier en psychiatrie. Comment, depuis la réforme de 1992 créant un diplôme unique, les infirmiers en psychiatrie peuvent-ils être distingués de leurs confrères des soins généraux ? Comment *prendre soin* dans la contrainte ? Alors que la mission de soigner semble avoir pris le pas sur celle de coercition, on ne cesse d'entendre que les hospitalisations sous contrainte croissent : Assiste-t-on à une nouvelle révolution de la psychiatrie ? Quel en serait l'impact sur la spécificité de la profession infirmière ?

## II/ Soins généraux et soins psychiatriques, une dialectique aussi infirmière

Rappelons que l'objet de notre travail vise à déterminer comment est-ce qu'il est possible de conjuguer une pratique soignante dans une logique propre à l'institution psychiatrique, qui vient en ce lieu conférer, en outre de leur pratique soignante, une mission de contrôle social aux acteurs de la psychiatrie. Il apparaît de fait nécessaire d'interroger et d'éclairer les zones de divergence théorique et pratique entre les infirmiers que nous qualifions de généraliste (par commodité sémantique ; il serait là aussi intéressant de s'interroger sur l'éventuelle spécificité d'autres disciplines du soin infirmier) et ceux qui exercent exclusivement en psychiatrie. Effectivement, si leur histoire commune est, comme nous l'avons montré, émaillée de rapprochements et d'éloignements successifs, toujours est-il que leur préoccupation reste la même et s'inscrit dans une démarche unique et ancestrale, celle de *prendre soin*. De fait, il convient de s'interroger sur les relations qu'entretiennent les infirmiers généralistes et les infirmiers en psychiatrie. Exerçer en psychiatrie pour un infirmier, est-ce faire le choix d'une spécialisation à l'issue du diplôme général qui lui succéderait alors ? Est-ce exercer au sein d'une discipline particulière mais toujours au sein du vaste champ de compétences des infirmiers en général ? Comment s'intègrent alors les savoirs acquis au décours de la formation initiale ? D'un point de vue épistémologique, le soin infirmier en psychiatrie existe-t-il indépendamment du soin infirmier généraliste ?

### 1- Le dualisme physique/psychique au prisme du soin infirmier

Le modèle constitutif de la discipline infirmière dans son ensemble, indifféremment de son lieu d'exercice, semble être sa vocation à *prendre soin*. Elle est à la fois ce qui la caractérise, ce qui est son moteur et ce qu'elle vise. Examinée précédemment, nous avons montré ce qu'elle sous-tend et nous en retenons qu'elle est, précisément dans son acception infirmière, l'action de répondre à la demande d'un individu qui vise à recouvrer un état de bien-être. Pour le philosophe de la santé, évoquer l'état de bien-être rappelle ici sans détour la définition de la santé énoncée par l'OMS et déclinée comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »<sup>41</sup>. Ceci vient ainsi corroborer la thèse du *prendre soin* telle que nous l'avons présentée précédemment, désignée comme complexe par W.Hesbeen dans son ouvrage *Prendre soin à l'hôpital* et qui y voit une compréhension de l'autre

---

<sup>41</sup> Organisation Mondiale de la Santé, *définition de la santé de l'OMS*, [consulté le 13 Mai 2015]. <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

dans son ensemble, selon le modèle biopsychosocial, tel qu'il est encouragé dans l'enseignement des soins infirmiers. En reprenant ainsi les termes de l'OMS, *prendre soin* d'un autre serait ainsi concourir à promouvoir sa santé. Dès lors, par translation, dans l'objectif d'examiner le soin infirmier en psychiatrie vient poindre la nécessité d'examiner ce concept de santé et, ce qui dans l'imaginaire commun lui est opposé, le concept de maladie. Si les infirmiers sont des professionnels de la santé, de quoi parle-t-on ? Alors que nous nous intéressons à cette discipline spécifique qu'est la psychiatrie, existe-t-il une santé mentale qui serait différente d'une santé physique ? Existe-t-il des critères de démarcation du normal et du pathologique en psychiatrie, pour quelles répercussions sur la pratique soignante ? Dans le prolongement de ces questions, dans quelle mesure un diagnostic d'une pathologie psychiatrique vient-il étayer notre thèse d'une discipline contraignante ?

Dans un premier temps, il semble indispensable de clarifier, tout du moins essayer d'éclaircir, ce qu'est la maladie mentale. Ici, la question est complexifiée par l'usage de deux concepts eux-mêmes problématiques, d'une part, nous l'avons dit, la maladie, d'autre part sa qualification mentale (ou psychique, nous ne ferons pas ici de différence conceptuelle dans leur usage). Quel serait dès lors le dénominateur commun de cette maladie particulière dont s'occupe la psychiatrie ? La différence est-elle d'ordre qualitatif ou quantitatif ? La question d'une définition universelle et positive de la maladie occupe les débats épistémologiques depuis plusieurs décennies maintenant, entre une vision naturaliste qui promeut une conception objective de la maladie, la protégeant d'éventuels biais culturels et une lecture normativiste, qui repose sur un jugement de valeurs (*mal-* adie) et qui fait de la maladie un événement nécessairement préjudiciable dans la biographie d'un individu, un consensus n'a pas été trouvé. A ce jour, aucune définition formelle ne peut caractériser un état comme étant normal ou pathologique, chacune se heurtant à ses propres obstacles. Pourtant, l'institution hospitalière est aujourd'hui peuplée de personnes qui se revendiquent malades, et il appartient légalement à la compétence du médecin d'opérer la segmentation entre individus malades et individus sains. Même s'il ne fait pas de doute qu'une telle appréciation se fasse de concert dans une évaluation pluriprofessionnelle, c'est bien le médecin qui statue sur la distinction sain/malade. Selon quels principes ? Dans quelle mesure ces débats intéressent-ils la profession infirmière ? Quels sont les enjeux soulevés par un diagnostic de pathologie en psychiatrie ?

Plutôt que de penser à une complexification du concept de maladie en lui adjoignant le qualificatif de mental, nous postulons d'emblée un enrichissement de la notion, qui vient être éclaircie par cet épithète, selon la démonstration que nous allons déployer ici. L'OMS définit les

troubles mentaux comme « *un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent. Mais ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux.* »<sup>42</sup> Une maladie mentale semblerait être, à première vue, un trouble qui toucherait l'activité psychique d'un individu, ses capacités de raisonnement, et qui aurait des conséquences sur son comportement et son univers relationnel. Pourtant, à regarder de plus près cette description approximative, on pourrait facilement trouver de nombreuses pathologies qui causeraient là aussi un désordre mental mais qui trouverait une étiologie autre que dans la *psyché* : tumeur cérébrale, accident vasculaire cérébral, sénescence, confusion iatrogénique ou liée à la consommation de toxiques,... A première vue, une pathologie est considérée comme mentale lorsque sa cause ne peut être objectivée par les moyens techniques dont disposent la médecine. En outre, notre expérience professionnelle permet de corroborer l'hypothèse que nous venons d'énoncer. En effet, lors de l'admission de patients en psychiatrie, des examens somatiques sont réalisés en amont afin de déterminer une éventuelle cause organique à leur trouble, prioritairement lors des décompensations inaugurales d'ordre psychiatrique : scanner cérébral avec injection de produit de contraste, large bilan sanguin à la recherche d'une confusion due à une éventuelle déshydratation, une dysthymie en lien avec un désordre thyroïdien ou une intoxication médicamenteuse ou consécutive à la prise de toxiques, examen neurologique ou autre avis spécialisé... Ainsi, le moindre doute sur une étiologie organique justifie une réorientation en soins somatiques pour le patient, même si l'expression de son trouble semble d'allure psychiatrique. Ainsi, nous pouvons affirmer que d'après la connaissance médicale actuelle, enrichie par notre expérience professionnelle, un diagnostic en psychiatrie ne peut se faire que *par exclusion d'une étiologie organique*. Est-ce à dire dès lors que le trouble mental ne s'ancre pas dans un organe ? N'existe-t-il pas une définition positive du trouble mental ? Les troubles à expression psychiatrique mais à localisation organique ne sont-ils jamais du ressort de la santé mentale ?

Le philosophe suédois B.Brülde s'interroge en 2006 dans son article « *What is mental about mental disorder ?* » sur ces questions que nous venons d'exposer et cherche à tracer la frontière entre trouble mental et trouble somatique. En premier lieu, il enquête sur un éventuel dysfonctionnement mental comme cause d'un trouble psychique, l'organisation psychique et la constitution physique semblant, à première vue, bien segmentés, prolongeant le dualisme corps/esprit. A l'intérieur de cette première hypothèse, il note trois possibilités de démarquer le psychique du physique : Un critère que nous qualifierons de fort autour d'une vision négativiste, à la manière

---

<sup>42</sup> Organisation Mondiale de la Santé, *les troubles mentaux*, [consulté le 17 Mai 2015].  
[http://www.who.int/topics/mental\\_disorders/fr/](http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/)



de ce que nous présentions en préambule, où on envisage le trouble psychique par exclusion d'une étiologie somatique ; un critère modéré insistant sur l'expressivité du trouble qui relèverait exclusivement des facultés mentales, proche de la définition de l'OMS ; et enfin un critère faible, celui de la correspondance entre symptôme psychique et explication au travers des concepts de la psychodynamique, une explication davantage physicaliste excluant le trouble du spectre de la maladie mentale. Brülde observera la faiblesse de cette première hypothèse, celle-ci ne permettant pas de qualifier positivement ce qui relève du mental, ou en tout cas insuffisamment. Si nous reprenons chacun de ces critères un par un, nous nous situons pour le premier dans une vision radicale, réactivant l'imperméabilité du dualisme corps/esprit, tandis que le deuxième critère exclurait les troubles somatoformes de la sémiologie psychiatrique. Enfin, concernant le dernier critère, nous avons vu que de nombreuses pathologies à expression psychiatrique étaient pourtant causées par des désordres physiques (Brülde utilise notamment l'exemple des troubles de l'humeur pour lesquels nous avons souligné plus tôt la possible étiologie thyroïdienne). On élimine avec ce critère la deuxième hypothèse de démarcation de Brülde qui cherche dans quelle mesure le symptôme oriente le diagnostic d'un trouble mental. A lui seul, le signe clinique ne peut être décisif, aussi nous avons montré l'importance de la réalisation d'examen complémentaires pour opérer la démarcation physique/psychique. Face à l'absence d'un critère non-arbitraire et universel, Brülde conclura son travail en supposant que « *le trouble mental et le trouble physique ne sont pas nécessairement des catégories exclusives* »<sup>43</sup> faute d'un critère de démarcation suffisant, mental et physique s'intriquant souvent puisqu' « *il est possible que les troubles mentaux soient aussi des troubles physiques, centrés autour du cerveau.* »<sup>44</sup> On retrouve ici une certaine idée de la *folk psychology* qui consiste à penser que le cerveau est le centre de l'activité psychique. Brülde en profite ainsi pour critiquer une éventuelle volonté de démarquer physique et mental, cette volonté de division qui serait selon lui consécutive à la philosophie dualiste promue par Descartes. Pour aller plus loin, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* dans sa quatrième édition révisée (DSM-IV R) prolonge cette thèse dans son introduction où il est écrit qu'« *Il existe une littérature importante pour démontrer qu'il y a beaucoup de « physique » dans les troubles « mentaux » et beaucoup de « mental dans les troubles « physiques ».* Le problème soulevé par le terme trouble « mental » est clair mais sa solution est difficile, et malheureusement, le terme existe toujours dans le titre du DSM-IV car nous ne lui avons pas trouvé de substitut satisfaisant. De plus,

---

<sup>43</sup> BRÜLDE Bengt, RADOVIC Filip, « What is mental about mental disorder ? », in *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, Volume 13, N°2, Juin 2006, p.114

<sup>44</sup> *Ibid.*

*bien que le manuel fournisse une classification des troubles mentaux, il faut reconnaître qu'aucune définition ne spécifie de façon adéquate les limites précises du concept de « trouble mental ». Pour ce concept, comme pour bien d'autres en médecine et en sciences, il n'existe pas de définition opérationnelle cohérente qui s'appliquerait à toutes les situations. »*<sup>45</sup> Si nous espérons réparation dans la dernière édition du manuel référence de la sémiologie psychiatrique (DSM V), ce n'est malheureusement pas le cas. Nous retrouvons effectivement le même aveu de faiblesse, dans une formulation davantage laconique. La sémantique serait-elle, comme la démarche diagnostique, elle aussi par défaut ? Pourtant, nous ne pouvons nous satisfaire d'une telle réponse qui, d'un point de vue pratique, ne peut justifier la séparation que nous avons évoqué précédemment et qui vient motiver ou annuler une prise en charge en psychiatrie. Finalement, les psychiatres sont-ils des neurologues mal avertis ? Les infirmiers en psychiatrie des ersatz de professionnels de la pratique en neurologie ?

Ce qui vient être réinterrogé en profondeur ici ce n'est pas tant la question de la localisation de la maladie mentale que la représentation que nous aurons ensuite du trouble. Le philosophe D.Forest, épistémologue français va examiner cette vision neuro-centrée en interrogeant la validité des résultats des neurosciences au cours de son récent ouvrage *Neurosepticisme*, travail fondateur d'une épistémologie des neurosciences. Dans son chapitre intitulé « *Inutiles neurosciences* », il recueille les critiques adressées à l'égard des neurosciences, les examinant tour à tour pour les récuser, lui qui défend l'idée selon laquelle « *nous n'avons en fait rien à perdre à accepter que la connaissance du cerveau puisse ne pas être inutile.* »<sup>46</sup> Pourtant, ce que nous voulons montrer ici, c'est que la connaissance du cerveau, aussi utile soit-elle, n'apporte pas de perspective intéressante dans le *prendre soin* infirmier en psychiatrie. C'est en nous inspirant des critiques que Forest condensent dans son chapitre que nous pouvons étayer notre thèse. En effet, si Forest rejette les critiques qui peuvent être adressées aux neurosciences, nous entendons ici les présenter quand même et montrer en quoi elles sont intéressantes. Dans un premier temps, nous pourrions nous aussi souligner l'*erreur grammaticale et catégorielle* des neurosciences, c'est à dire réfuter l'idée d'un réductionnisme de l'individu à son cerveau. Pour le dire autrement, il s'agirait ici d'attribuer au seul cerveau les expressions d'un individu entier, ce qui opérerait une réduction insatisfaisante et incomplète. Nous nous situons effectivement plutôt du côté d'une vision émergentiste telle que

---

<sup>45</sup> American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, Masson, 2003, p.35

<sup>46</sup> FOREST Denis, *Neurosepticisme*, Paris, Ithaque, 2014, p.81

Canguilhem peut la défendre quand il pose la question, pleine de réticence, de savoir « *comment un “je pense” peut-il advenir à « ça », qu’indique et décrit après le phrénologue, le physiologiste d’aujourd’hui, à « ça », un cerveau ?* »<sup>47</sup> En second lieu, nous pourrions nous aussi contester ce dont se défend Forest, à savoir « *la perspective biaisée des neurosciences lorsqu’elles considèrent les phénomènes de l’esprit, du fait de leur internalisme.* »<sup>48</sup> Effectivement, les phénomènes mentaux résonnent dans des conduites externes (émotionnelles, comportementales,...) et il y aurait dès lors un hiatus entre une explication interne et une expression externe. L’externalisme du mental annihile ainsi la possibilité d’une seule justification neurologique. Enfin, et c’est parce que nous défendons l’héritage psychodynamique du soin infirmier en psychiatrie, que nous pouvons critiquer la rationalité physicaliste de l’approche neuroscientifique. Afin d’éclairer ce propos, prenons l’exemple d’un épisode dépressif : S’il est réduit à son explication causale d’ordre biologique, il serait alors, par exemple, un désordre quantitatif de neurotransmetteurs, alors que si nous l’inscrivons dans une biographie, il pourrait être conséquent à une succession de deuils, de traumatismes qui viendrait toucher l’individu dans ce qu’il est d’entier et non exclusivement dans son activité cérébrale. On rejoint ici la première critique qui ferait du « tout » neuro- un réductionnisme incomplet et donc insatisfaisant, réduisant l’individu à sa seule organisation chimico-organique. Quelle conclusion pouvons-nous tirer de cette approche neurosceptique que nous nous attribuons ?

Une recherche d’une explication du trouble psychique exclusivement bio-organique semble dès lors vaine, se heurtant nécessairement aux obstacles que nous avons évoqués et qui anéantissent la reconnaissance de la subjectivité. Nous pouvons ainsi affirmer qu’une telle recherche serait ainsi contraire aux fondements du *prendre soin* par sa négligence de la singularité individuelle. Pourtant, on ne peut négliger l’importance d’un regard médical simultané qui permette de faire la distinction entre les conduites saines et celles considérées comme pathologiques. C’est certainement Wakefield qui va en ce sens le plus loin dans la caractérisation du trouble mental, intégrant dans une définition mixte à la fois un composant biologique et un composant normatif. Il écrit ainsi qu’ « *un état est un trouble mental si et seulement si cet état produit un préjudice ou prive la personne d’un bénéfice au regard des attentes de la culture à laquelle elle appartient et cet état résulte d’une incapacité d’un certain mécanisme mental à réaliser sa fonction naturelle, où par fonction naturelle nous entendons*

---

<sup>47</sup> CANGUILHEM Georges, « Le cerveau et la pensée », in *Georges Canguilhem Philosophe, historien des sciences*, Paris, Albin Michel, 1993, p.18

<sup>48</sup> FOREST, *op.cit.*, p.84

*un effet qui fait partie de l'explication évolutionniste de l'existence et de la structure du mécanisme mental en question.* »<sup>49</sup> Si cette définition nous satisfait autant, c'est parce qu'elle intègre les deux acceptions que nous avons déjà interprété du concept de soin. Dans cette définition bipolaire, le trouble psychique fait tout autant appel au *prendre soin* de par son repère axiologique qu'il nécessite de *faire des soins* dans une perspective davantage objectivante. Il appartient alors aux infirmiers en psychiatrie de constituer eux-mêmes leur système référentiel dans lequel la maladie psychique est fondamentalement reliée à l'expérience du sujet et s'épèle à partir d'un jugement de valeurs. Nous proposons ainsi de penser positivement la maladie mentale : Alors que demeure la nécessité d'élimination d'une étiologie organique, nous défendons l'idée d'une lecture positive à partir de l'irréductibilité à l'individu dans la maladie mentale à laquelle on peut imputer une incapacité qui se résout dans deux perspectives : D'une part, celle de l'accompagnement permanent propre au *prendre soin*, d'autre part celle du traitement requérant un regard objectif. Ce qui est mis ici en correspondance, ce sont les deux pôles du métier infirmier, le rôle autonome proprement infirmier et le rôle existant par délégation médicale. Si en médecine somatique, le plus petit atome est l'organe, en psychiatrie, c'est l'existence. Dès lors, de problème épistémologique qu'elle est, la maladie mentale fait naître nécessairement des questionnements éthiques, qui positionne le soin infirmier au carrefour de ces réflexions.

Nous le voyons, le regard infirmier sur la maladie mentale ne peut se résoudre à une conception naturaliste, probablement trop objectivante et s'examine alors à partir du langage normativiste, tant dans ses repères axiologiques que dans sa lecture subjective. Fondamentalement, le travail infirmier en psychiatrie s'épèle dans une pratique inter-subjective, qui ne vient pas enrayer la connaissance biomédicale mais qui concourt plutôt à étayer l'expérience de l'être malade. En ce lieu peut certainement être décelé ce qui vient disjoindre la pratique spécifique en psychiatrie de son exercice généraliste. Si le soin infirmier destiné aux patients atteints de troubles physiques peut toujours se décrire dans son rapport à la médecine somatique, c'est à dire comme réparation d'un désordre physique localisé autour d'un organe (ce qui ne rend pas caduque l'expérience de l'être malade), le soin infirmier en psychiatrie se destine à une pratique de la subjectivité.

C'est alors bien le terme de maladie comme concept, c'est à dire entendu comme pathologie, qui vient directement poser problème, comme le pense notamment l'épistémologue T.Engelhardt. Il s'agirait alors, comme E.Giroux en relaye le propos dans *Après Canguilhem, définir la santé et la*

---

<sup>49</sup> WAKEFIELD Jerome, *Le concept de trouble mental : à la frontière entre faits biologiques et valeurs sociales* in GIROUX Elodie, LEMOINE Maël, *Philosophie de la médecine*, Paris, Vrin, 2012, p.169

*maladie*, de penser qu' « est pathologique tout état qu'une société juge devoir faire l'objet d'une prise en charge clinique. D'ailleurs, il propose de remplacer le terme de maladie par celui de problèmes cliniques. Cette conception de la maladie (...) serait la plus courante, en particulier dans le champ de la santé mentale. »<sup>50</sup> Davantage opérante en psychiatrie, l'idée d'une compréhension de la maladie en *problème clinique* nous satisfait d'autant plus que cette notion intègre autant de nécessité d'intervention qu'elle se réfère à l'expérience défavorable du sujet. De plus, parler de *problème clinique* vient ici dire de la maladie qu'elle appelle une résolution qui serait de l'ordre de la médecine et, si on se réfère à l'étymologie du concept associé, de tous ceux qui siègent *au lit du malade*. Quels sont alors les problèmes, en terme clinique, que viennent poser ces maladies qui portent atteintes à la subjectivité ? En quoi ceux-ci peuvent-ils être explicités autour du champ lexical de la contrainte ? Nous avons décidé, afin de les examiner d'une manière la plus lisible possible, de les segmenter arbitrairement en deux parties. Toutefois, malgré cette commodité d'écriture, cela ne remet pas en cause les intrications contingentes entre les deux.

Premièrement, nous nous proposons d'explicitier les problèmes cliniques que nous qualifierons d'ordre privé. Ce que nous entendons par là, ce sont les problématiques qui vont venir heurter spécifiquement la sphère individuelle, celle qui ne touche *directement* que la subjectivité d'un individu. La première composante du trouble psychiatrique dans son expression privée est la chronicité du trouble. Si elle n'est pas ici une spécificité propre de la maladie mentale, le fait que celle-ci puisse être chronique en fait possiblement une maladie de rechute. Moyennant une mauvaise observance thérapeutique, le patient s'expose à une possible (probable ?) nouvelle décompensation. Ainsi, pour préserver la stabilité de son état clinique, le patient atteint de trouble mental est *contraint* de suivre assidument le traitement qui lui est prescrit, que celui-ci soit médicamenteux et/ou psychothérapique. En profondeur, cette donnée peut être complexifiée par une composante propre à la problématique psychiatrique, à savoir un symptôme propre à la décompensation d'ordre psychotique, l'anosognosie. Proche du déni, l'anosognosie est définie explicitement à partir du DSM-V comme « la condition dans laquelle se trouve une personne porteuse d'une maladie qui ne semble pas consciente de sa propre existence ou de celle de sa maladie. »<sup>51</sup> Ce symptôme apparaît ainsi chez « certains individus atteints de psychose (qui) peuvent manquer d'insight ou de conscience de leur trouble »<sup>52</sup>. Il est effectivement courant de

---

<sup>50</sup> GIROUX Elodie, *Après Canguilhem définir la santé et la maladie*, Paris, PUF, 2010, p.49

<sup>51</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.)*. Washington, DC, 2013, p.842

<sup>52</sup> *Ibid*, p.139

rencontrer en psychiatrie des patients qui méconnaissent le caractère morbide de leur trouble et qui, de fait, seront peu enclins à investir un suivi thérapeutique. Le patient se retrouve dès lors *contraint* à investir son suivi contre son gré, même si sa conscience du monde est pathologique, ou se trouve exposé au risque d'une hospitalisation *contrainte*. C'est en substance ce que venait critiquer Foucault dans l'institution psychiatrique pinélienne et dans son héritage actuel, comme nous le montrions dans notre histoire de la psychiatrie. La maladie mentale, telle qu'elle est traitée aujourd'hui et par les problèmes cliniques qu'elle suppose, fait coïncider soin et coercition, déjà dans l'expression privée du trouble.

En second lieu, nous qualifions de publics les problèmes cliniques propres à une perspective externe de l'expression du trouble. Ce qui est entendu ici, ce sont les atteintes environnementales que vont causer la maladie d'un individu. Dans un premier temps, nous l'avons vu, la maladie mentale se caractérise par son atteinte à la subjectivité. Dès lors, c'est aussi dans sa répercussion externe qu'elle vient poser un problème clinique, c'est à dire dans son atteinte au comportement de l'individu. Ainsi, l'homme soliloquant sur la voie publique ou entretenant un dialogue avec un partenaire hallucinatoire ; ainsi, l'homme se dénudant dans un lieu fréquenté sans la moindre pudeur ; ainsi, l'homme hurlant des propos mystiques au milieu d'une foule d'autres personnes interrogées par ce comportement étrange ; ainsi, l'homme vagabond errant comme pour fuir un persécuteur dans une logique délirante ; ainsi, l'homme reclus dans sa chambre par crainte d'être rattrapé pour un délit qu'il n'a pourtant pas commis, sont autant d'exemple d'expressions comportementales du trouble psychiatrique, dans son expression tantôt bruyante, tantôt repliée, et qui viennent abolir la possibilité d'échapper aux soins. Le trouble du comportement, entendu ici comme symptôme, peut alors motiver une hospitalisation *contrainte*, notamment par le trouble à l'ordre public qu'il peut causer. Si nous reviendrons plus tard sur la relation entre contrainte et ordre public, ce qui apparaît ici c'est que le comportement peut se positionner en problème clinique qui rentre dans la compréhension du trouble. En outre, si nous pouvons davantage exprimer la maladie mentale en terme de problème clinique d'ordre public, c'est par la représentation qu'elle va alors susciter. Aujourd'hui en France, les faits divers impliquant des personnes souffrant de troubles psychiques sont tant le pain quotidien des médias qui s'en délectent pour vendre quelques périodiques mésinformés, que l'enjeu de débats politiques animés qui suscitent l'intérêt collectif. S'agit-il ici de voyeurisme ou d'une réelle sollicitude pour ces malades de la subjectivité ? En tout état de cause, « schizophrène dangereux », « forcené retranché », « marginal déséquilibré » et autres sobriquets diffamatoires alimentent bon nombre de commentaires. Au-delà de ces considérations fantasmatiques, ce qui apparaît comme consubstantiel à la maladie mentale, c'est la stigmatisation

qu'elle suscite, réactivée à chaque fait divers incluant une personne souffrant de troubles psychiques. Le gouvernement a d'ailleurs fait de la lutte contre la discrimination d'origine psychiatrique une priorité au sein de son « Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 » où il est réaffirmé que celui-ci vise à « *garantir la citoyenneté et l'inclusion, malgré la pathologie et le handicap, et de lutter contre les préjugés et la stigmatisation par la mobilisation de la société. Ce nouveau plan se situe dans la continuité d'une politique ambitieuse en faveur de la psychiatrie et de la santé mentale.* »<sup>53</sup> L'appareil politique admet ainsi la stigmatisation des patients atteints de troubles psychiques, encore trop souvent *prisonniers* de leur image.

En conclusion, chercher à caractériser le trouble psychiatrique n'a aujourd'hui rien d'anodin. Prenons par exemple ces nombreux faits divers pour lesquels l'appareil judiciaire examine la responsabilité du prévenu. La psychiatrie est ainsi convoquée pour statuer sur l'abolition ou non du raisonnement d'un individu, ce qui déterminera la trajectoire pénale du condamné. En ce sens, la définition d'un trouble mental dépasse le simple débat épistémologique et peut prendre une tout autre ampleur. Pourtant, cette tentative de définition ne situe pas le débat dans la même dimension quand il s'agit d'aborder le cadre référentiel des infirmiers en psychiatrie. A l'échelle infirmière, nous avons ainsi proposé que la maladie mentale puisse se définir comme un problème clinique de la subjectivité, contraignant l'individu autant dans sa dimension privée que dans sa perspective publique, selon les arguments que nous avons exposé. Toutefois, la nuance que nous pouvons apporter à ce propos et qui vient estomper la frontière entre les infirmiers généralistes et les spécialistes de la pratique en psychiatre, est celle que nous qualifierons librement de risque de focalisation diagnostique. Pour l'explicitier, prenons un exemple : Nous avons connu, au cours de notre pratique professionnelle, une patiente au diagnostic flou mais au trouble conversif certain, c'est à dire que l'expression de son mal-être psychique passait nécessairement par des attitudes corporelles. Tantôt figée, tantôt exaltée, cette patiente mettait en échec les différents essais thérapeutiques. Un jour, comme cela lui arrivait parfois, elle multipliait les chutes. L'équipe soignante, dont nous faisons alors partie, y voyait là encore une tentative de dire son mal-être par des conduites conversives. Les jours passant, cette même patiente continuait à chuter jusqu'à ce qu'un hématome apparut sur la partie supérieure de son membre inférieur. Après examen somatique puis radiologique, il s'avérait que cette patiente avait, depuis sa première chute dans ce nouvel épisode, fracturé son col du fémur. Ce que nous prenions alors pour des conduites conversives

---

<sup>53</sup> Ministère des affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes, *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015*

n'était en fait qu'une incapacité à se déplacer consécutive à un traumatisme physique. Ce qui ressort de cet exemple, c'est la focalisation dont les professionnels ont fait preuve à ce moment : En bons praticiens de la santé mentale, leur examen s'est porté sur une lecture psychiatrique du trouble, biaisant ainsi leur regard clinique.

Ce qui ressort de l'examen de cet exemple, c'est, d'une part, la nécessaire exclusion d'un trouble d'origine organique pour justifier d'une prise en charge psychiatrique et, d'autre part, la spécificité du statut de spécialiste en psychiatrie pour les professionnels qui y sont acteurs. En effet, alors que nous montrions dans notre histoire du prendre soin en psychiatrie que les infirmiers en psychiatrie ont suivi jusqu'à la fin du XXème siècle une formation spécifique, il apparaît aujourd'hui la nécessité d'une formation initiale générale en soins somatiques pour justement pouvoir limiter le risque que nous avons présenté, dans la logique d'une prise en charge optimale des patients. La pratique en psychiatrie apparaît ainsi, à première vue, comme une spécialisation infirmière incluant de nouveaux savoirs à partir d'un socle commun. A partir de là, qu'est ce qui vient faire différence entre ces métiers au socle commun ? Comment, au coeur de la contrainte, opère-t-on une pratique de prendre soin ?



## 2- Un défi pour l'infirmier psychiatrique, faire émerger la demande de soins

L'infirmier psychiatrique, soit celui qui exerce en psychiatrie mériterait, nous l'avons vu, davantage d'être qualifié d'infirmier spécialiste en psychiatrie. Toutefois, nous nous prémunirons de ce saut qualitatif qui, d'abord car il n'est pas reconnu comme étant le fruit d'une formation qualifiante et validante, aboutirait d'autre part sans doute sur ce très cocasse acronyme d'I.S.P. soit celui utilisé jusqu'en 1992 pour désigner ces infirmiers de secteur psychiatrique, alors que nous récusons un pareil retour en arrière. De par sa formation et la spécificité de son exercice, au regard de l'examen des concepts de santé et de maladie propre à la discipline qui nous intéresse, l'infirmier psychiatrique est en effet celui qui fait le choix d'exercer sa fonction dans une discipline particulière, avec ses savoirs qui lui sont spécifiques et ses ajustements qui lui sont propres. Parmi ceux-ci, la demande de soins se déploie dans un vaste faisceau au carrefour de l'examen de ses notions rencontrées dans le vaste champ de la médecine et de la reconnaissance de sa particularité en psychiatrie. Si l'on entend souvent que c'est quand le patient est capable de se reconnaître malade et qu'il reconnaît ainsi la nécessité des soins que la démarche de soins est installée, l'examen de la demande de soins nous apparaît nécessaire puisque recouvrant bon nombre de questions, qui semble bien plus complexe que ce précepte emprunt de préjugés mal éclairés.

J.LACAN, psychanalyste, s'il est nécessaire de le rappeler, écrit à propos de la demande qu'*« il s'agit d'un appel à l'autre, une recherche de reconnaissance qui suppose un certain dialogue sur la réponse, un certain délai entre sa communication et son accès »*. La demande de soins inaugure alors la possibilité d'une rencontre, celle entre un individu malade et un professionnel. On imagine alors de manière triviale assez facilement ce patient se plaignant d'un quelconque symptôme gênant, qui va consulter son médecin en espérant que celui-ci lui dispense le traitement qui lui permettra de résorber cette perturbation. Pour reprendre les termes lacaniens, l'individu malade se voit ainsi reconnaître dans sa souffrance par son médecin qui, en retour, restituera dans le traitement son savoir pour lequel il a été convoqué. Pourtant, est-ce toujours aussi simple qu'une simple demande formulée explicitement ? Comment un patient souffrant d'anosognosie (absence de conscience de ses troubles) peut-il demander des soins ? La demande de soins conditionne-t-elle son accès ? En quoi une demande de soins peut-elle être spécifique en psychiatrie ? Dans quelle mesure les infirmiers sont-ils concernés par cet examen de la demande de soins en psychiatrie ? Quels liens entretiennent la demande de soins et la contrainte ?

D'emblée, il apparaît ainsi absolument nécessaire de préciser *ce qu'est* une demande de soins afin d'examiner cette notion au regard de notre sujet. Immédiatement, nous pouvons nous dire que cette question invite à chercher ce qui pourrait être une définition, à éclairer le plus exhaustivement possible la notion. Le plan que nous suivrons au décours de cet examen est ce que nous appelons un plan progressif qui vise à dégager et expliciter l'essence du terme en fournissant des définitions de plus en plus riches, complexes. D'abord, une définition que nous qualifierons ici de pratique, en interrogeant l'emploi des termes et comprendre, en extension, ce qu'ils viennent souligner. En second lieu, la définition que nous proposerons sera plutôt d'ordre éthique, destinée à soulever les enjeux moraux qu'une demande de soins sous-tend. Enfin, nous nous attacherons à examiner la demande de soins cette fois-ci sous un angle métaphysique, en ne revenant qu'à ses principes mêmes, aux objets transcendants qui sont les conditions *a priori* de sa possibilité. L'ensemble de ces définitions consécutives nous permet ainsi de souligner les différents enjeux que nous nous efforçons de mettre en lumière et qui sont inhérents à la complexité du sujet que nous étudions.

En premier lieu, comme nous le proposons, il s'agit d'envisager la demande de soins dans un objectif pratique. Il s'agit ici, un peu naïvement, de regarder les termes au microscope et de voir leur articulation. D'une part nous avons donc demande, d'autre part soins. Il conviendrait ainsi de se demander ce qu'est une demande, puis, ce qu'est un soin avant de pouvoir éclairer leur enrichissement mutuel. Nous nous concentrerons alors principalement sur le concept de demande, le second cité ayant été largement exploité jusqu'alors. Quand on parle de demande, on pense à une question avec l'objectif d'avoir quelque chose, généralement une réponse. La demande a cet effet de réclamer, mais aussi de viser. Elle est à la fois un acte vers soi, mais aussi vers un autre, ce qu'on vise. On peut ainsi dire qu'une demande est nécessairement dotée d'une intentionnalité. En soi, une demande ne signifie rien si elle ne vise pas quelque chose. Pour le dire autrement, parler d'une demande, sortie de son contexte, ne signifie pas grand chose et ne nous dit pas de quelle demande on parle. E.Husserl, phénoménologue allemand, parle en ces mêmes termes de la conscience : Pour lui, nous le citons dans les *Méditations cartésiennes*, « toute conscience est conscience de quelque chose ». Nous pouvons ainsi opérer une translation et parler de la demande dans les mêmes termes, en se disant que, finalement, *toute demande est demande de quelque chose* . Quelque chose, ou bien quelqu'un. Effectivement, on peut demander quelqu'un, comme on nous demande, ou encore comme on peut demander à un interlocuteur « qui demandez-vous ? ». La demande est donc à la fois un acte subjectif, et un geste possiblement altruiste. Pour nuancer notre propos, nous avons pensé à une seule occurrence où la demande se suffit à elle-même, c'est quand sa subjectivité est

encore renforcée par un pronom possessif. Pour le dire autrement, si, en soi, « faire une demande » n'a rien d'explicite, si nous disons que « quelqu'un a fait sa demande », l'imaginaire de chacun s'oriente vers une représentation collective, on pense tous à la demande en mariage. Nous reviendrons un peu plus tard sur cette question du mariage... Enfin, la dernière manière de parler de la demande est de la rapprocher de la notion du besoin, de l'exigence. Si nous disons que la préparation de ce travail nous a demandé du temps, c'est que nous en avons eu besoin pour le rédiger. Si nous savons qu'un enfant demande de l'attention, c'est parce que nécessairement, nous savons qu'il ne peut pas s'épanouir sans. Il y aurait donc des demandes auxquelles on peut accéder et d'autres auxquelles on ne peut pas ne pas accéder. Riches de tous ces éléments, nous pouvons donc dire que la demande est une entreprise qui vise à acquérir quelque chose ou un objet qui requiert. La racine de quérir, substantivé en quête semble rassembler la polysémie de la notion de demande. Une demande serait ainsi une quête, une mission que l'on s'attribue, parfois une question de vie ou de mort. La mission d'obtenir le consentement quand il s'agit d'une demande en mariage par exemple, ou encore la quête semée d'obstacles quand il s'agit d'accéder aux soins...

Si nous ne développerons pas ici une définition du concept de soin, rappelons toutefois qu'en soi, demander des soins n'est pas nécessairement assimilé à la sphère soignante. Quand vous poussez la porte d'un coiffeur, d'un professionnel de l'esthétique, vous demandez des soins. Cet exemple, bien entendu *tiré par les cheveux*, n'est pas tout à fait anodin. Il vient faire écho à la réflexion d'un psychiatre avec lequel nous avons exercé et qui avait pour habitude de dire que finalement, la profession la plus proche des acteurs du soin en psychiatrie était le métier de la coiffure, puisqu'il s'agit là aussi de professionnels qui prennent soin de la tête des gens en discutant avec eux. Le soin devient dès lors, dans un sens général, le fait d'être préoccupé par un autre, d'y porter une attention, sans distinction de catégorie socio-professionnelle. Pourtant, comme entendu jusqu'alors, nous nous attacherons dans ce travail à l'acceptation hospitalière du concept de soins. Dès lors, de quels soins parle-t-on ? A quoi concourent-ils ? Répondre à ces questions est une entreprise périlleuse au carrefour de l'anticipation et de la spéculation. On y entend simplement que dans le pluriel du terme s'épèle la pluridisciplinarité, et dès lors l'attention portée par plusieurs corps professionnels, disposant chacun de leur spécificité. Chacun donc, porteur de ses paradigmes, et qui vient se rendre cohérent avec l'autre dans une intentionnalité conjointe, celle de porter de l'attention à l'autre.

Il nous reste de fait à examiner la demande de soins comme une *méta*-notion, celle qui vient finalement rassembler ce que nous avons mis en avant jusqu'ici. En soi, une demande de soins devient une quête individuelle vers un objectif globalisant, presque totalisant puisqu'en soi

dogmatique, celui de l'attention à tout prix. La compréhension, de fait, d'une demande de soins doit se faire dans le passage de l'un vers l'autre, dans ce que nous qualifions précédemment, en terme phénoménologique, d'intentionnalité. C'est effectivement dans son intention que la demande de soins doit être entendue car c'est en ce lieu qu'elle concentre tous ses enjeux, c'est à dire à la fois l'unité de celui qui la porte, la quête qu'il ambitionne et la faculté à la recevoir. Nous pouvons clôturer en ces termes notre première tentative de définition et nous observons alors que celle-ci n'apparaît pas pleinement satisfaisante : De nombreuses questions subsistent, comme par exemple savoir comment se concilient demande de soins et déni des troubles. De même, peut-on penser demande de soins et obligation de se soigner ? Par ailleurs, cette définition ne laisse pas poindre une quelconque ébauche de spécificité des infirmiers en psychiatrie et apparaît comme retranscriptible dans la pratique de tout le corps soignant. Nous pourrions penser que pour une personne souffrante, la difficulté d'entrer dans le soin en psychiatrie c'est d'accepter et de dire sa détresse psychique. Pourtant, demeurent celui qui demande sans demander, celui qui demande à côté, celui qui ne demande pas mais qui montre, celui qui ne demande pas mais exige, celui qui refuse... Cette demande arrive après un long chemin hasardeux ou dans la crise, mais elle sera rarement formulée clairement et rarement aussi portée directement par le demandeur. Comment peut-on alors expliciter cette demande en d'autres termes ?

En ce second lieu, il était préalablement entendu que notre tentative d'une définition de la demande de soins serait éclairée par la réflexion éthique qu'elle suppose. Si F.Savater écrit dans son opus *Ethique à l'usage de mon fils* que « l'éthique n'a jamais permis de trancher un débat, même si son rôle est de les ouvrir tous », nous utiliserons pourtant cette ouverture pour dessiner les contours d'une définition que nous espérons la plus exhaustive possible. Gadamer développe la thèse d'une pratique herméneutique en médecine. Pour expliquer ce qu'est l'herméneutique, nous en retiendrons que cela vient du dieu Hermès, dieu messager. L'herméneutique est ainsi une philosophie du message, c'est à dire de l'interprétation. Il se pose par exemple les questions de savoir « qu'est ce qu'un cri chez la femme enceinte ou la personne très âgée ? ». Nous, philosophe et infirmier en psychiatrie, pourrions ici nous interroger sur « qu'est ce que ce patient délirant veut me dire quand il me raconte qu'il se sent observé ? ». L'idée d'herméneutique met l'accent sur l'interrogation des signes qu'on observe en médecine. La médecine est-elle un art d'interpréter ? Cette hypothèse semble d'autant plus vérifiable en psychiatrie, où nous travaillons avec le doute, nourri d'incertitudes, en témoigne l'absence de consensus sur l'origine des troubles psychiques. En somme, une demande de soins n'est-elle pas, en termes éthiques, une demande de compréhension

quand l'explication n'est pas possible ? D'ailleurs, comment comprendre quand on ne peut expliquer ? La question initiale repose donc sur une confrontation entre expliquer et comprendre. Il y a là un couple constitutif entre les sciences de la vie et des sciences de l'Homme. Les sciences de la vie ont été historiquement construites sur l'idée d'expliquer, motivée par une intelligence objective. Le langage est uniquement au service de la rationalité alors que la compréhension semble plutôt associée aux sciences de l'Homme, car il est un être de conscience, de finalité. La question est donc de savoir s'il ne s'agit que de complémentarité, et si cette complémentarité n'est pas ce qui vient traduire l'intentionnalité de la demande de soins. Il y a compréhension lorsqu'on a affaire à un phénomène non naturel, l'explication repose donc sur la régularité et cette succession permet de comprendre l'origine. Ceci permet d'éclairer cette phrase si souvent entendue de la part de nos patients qui, dans leur demande de soins, en viennent à s'interroger « *mais vous avez déjà vu des cas comme moi ?* ». La compréhension ne se limite donc pas à des explications objectives mais elle introduit ces phénomènes dans une existence pour laquelle tous les éléments ont une signification pour un sujet. Cette compréhension pour un sujet doit se rapporter à une finalité, c'est à dire un enjeu qui porte sur l'existence. D'une certaine manière, il y a compréhension lorsque les phénomènes ne sont pas seulement réductibles à la régularité mais aussi à la liberté.

Dès lors, nous en venons à penser qu'on peut traduire la demande de soins en terme éthiques en une volonté d'hétéro-compréhension, un geste qui semble d'emblée bien délicat... Il s'agit de comprendre et faire comprendre des données qui sont les miennes médiatement. Comprendre l'autre c'est toujours pré-supposer que l'autre est comme moi et que je peux donc restituer son symbolisé à partir d'une analogie avec moi-même. Cela suppose effectivement des précautions psychiques et une disponibilité éthique. L'autre est à la fois le même et l'autre, autant dans ses manifestations langagières que dans ses manifestations non-langagières. Cela suppose aussi une certaine expertise dans l'écoute et dans l'interprétation des messages non-verbaux qui est moins immédiatement une donnée familière. Finalement, on en vient à de l'inter-compréhension entre un sujet malade et un sujet requis parce qu'il a un savoir-faire concernant cette maladie. Cela suppose un ajustement permanent de deux récits. Se comprendre dans nos attentes suppose une sorte de véritable théatralisation<sup>54</sup>, il faut trouver une scène sur laquelle on peut jouer nos récits. Dans son acception éthique, la demande de soins est ainsi complexifiée en une intention de compréhension puis de restitution de la part de celui qui la reçoit. Le propre de l'infirmier demeure ainsi de faire émerger

---

<sup>54</sup> Pour aller plus loin sur l'utilisation du champ lexical du théâtre dans le soin infirmier, on pourra lire l'article de TORTONESE Michèle, CHALANCON Benoit, GAUTHIER Benjamin, MAGNY Florian, « Lever de rideau sur l'improvisation comme méthode », in *Soins Psychiatrie*, n°291, Mars/Avril 2014 - A lire en annexe -

cette demande, qui, si elle n'est pas clairement exprimée, est présente à travers ce que peut dire le patient afin de l'accompagner dans sa maladie. Il appartient ainsi à l'infirmier de donner du sens à cette demande, de repérer ce qui la constitue. Le propre de la profession infirmière en psychiatrie à l'égard de la demande de soins est ainsi de cultiver cette pratique de l'herméneutique. Quels sont alors les fondements qui nous permettent de formuler une telle affirmation ? Quelle résonance dans la compréhension des patients souffrant d'anosognosie ? L'affirmation d'un accompagnement dans la maladie est-elle contraire à la possibilité d'une contrainte à se soigner ?

Ce que nous avons vu, c'est que la démarche éthique vient mettre en lumière une nouvelle perspective, l'intersubjectivité, requise pour accomplir la quête à laquelle s'apparente la demande de soins. Dans ce troisième moment, nous proposons une approche métaphysique des fondements de notre éclairage de la notion de demande de soins, qui passe à travers l'examen d'un concept prépondérant, celui de liberté. L'exercice est en ce lieu périlleux tant la liberté est un concept majeur en philosophie et qui à ce jour ne trouve pas de définition consensuelle qui permette d'en revêtir tous les aspects. Pourquoi parler de liberté ? Comme nous le disions, elle est un paramètre inaliénable de l'intersubjectivité : celle-ci s'entend comme la compréhension que l'expérience humaine n'est pas celle d'un être isolé, coupé du monde et des autres, mais celle d'un être en rapport avec des autres. La définition même du sujet entend en son sein une part de liberté, celle de la finitude vis-à-vis d'autrui. Pour le dire autrement, l'autre ne prend sens à nos yeux qu'à partir de notre jugement sur lui, que si nous le reconnaissons effectivement comme un être raisonnable et libre. En tout état de cause, la question de la liberté en psychiatrie vient heurter bon nombre d'obstacles logiques. On peut naturellement se demander quelle part de liberté demeure dans une prise en charge sous contrainte, comment un patient peut-il être un citoyen libre alors qu'il est attaché sur un lit, quelle est la part de libre-arbitre d'un patient aliéné à son trouble envahissant,...

La demande de soins serait-elle alors une quête de liberté qui serait alors rendue possible par l'intercompréhension ? Les infirmiers en psychiatrie sont-ils alors des promoteurs de la liberté, loin de l'image répressive qui en fait des acteurs de la contrainte ? Pour en revenir aux questions que nous avons laissé en suspens, comment penser que l'autre en tant qu'être fini puisse nous être accessible ? Comment penser la pensée de l'autre comme pénétrante tout en lui permettant de rester justement autre ? C'est la question que se pose Husserl dans la cinquième *méditation cartésienne*. L'enjeu est d'éviter le solipsisme, c'est à dire le discours exclusivement égo-centré pour s'ouvrir à l'esprit de l'autre. Husserl pense alors qu'il est possible d'accéder au phénomène extérieur du corps étranger à partir de notre propre système d'expérience interne. Une fois l'autre perçu, une

ressemblance sensible entre le corps étranger et le notre nous amène à transposer par analogie un sens. L'expérience de l'alter ego par la ressemblance de nos corps nous ramène à l'expérience originaire d'un ego, c'est à dire à nous-même. Husserl déjà, ouvrait l'horizon de l'empathie. Il explique par ailleurs qu'il peut appréhender l'autre « avec des phénomènes tels que je pourrais en avoir si j'allais « là-bas » et si j'y étais »<sup>55</sup>. La liberté du sujet est alors une condition nécessaire à l'inter-compréhension, que vient sous-tendre une demande de soins.

Le principe que nous allons mettre en avant maintenant et en dernier lieu, est celui de l'autonomie. Cela paraît tout aussi compliqué de parler d'autonomie quand on parle de patients en déshérence, en grande souffrance. Ici, il ne faut pas voir l'autonomie comme le contraire absolu du handicap. L'autonomie n'est pas non plus l'indépendance. Proche de la liberté, présentée parfois comme sa quintessence, il faut entendre ici l'autonomie dans sa lecture étymologique : *auto* : soi-même et *nomos*, la loi. Nous nous consacrons alors particulièrement à la philosophie d'E.Kant, probablement le philosophe qui est allé plus loin dans l'analyse de la liberté puis de l'autonomie puisqu'il y consacre bon nombre d'ouvrages, de ses trois célèbres critiques aux non moins célèbres opuscules qui y sont associés. Kant, lecteur averti de Rousseau qui écrivait dans le *Contrat social* que « l'obéissance à la loi qu'on s'est prescrite est liberté », pense dans la continuité que c'est quand effectivement on obéit à la loi que notre morale nous ordonne que nous sommes libres. L'autonomie n'est donc ici pas l'absence de contraintes mais bien une exigence au carrefour de plusieurs enjeux, le principal étant le respect de la loi morale que nous nous imposons nous-mêmes. Nous pouvons alors penser qu'un patient est autonome quand il vient formuler une demande de soins à partir de son propre schéma de pensée. Cela vient justifier, expliquer en tout cas l'hétérogénéité des demandes de soins : Si chacun porte sa demande de soins en fonction de sa biographie, c'est parce qu'il est considéré comme autonome dans son existence et qu'il est le sujet fondateur de son intention. Dès lors, on peut entendre qu'une simple demande formulée au comptoir des urgences, une agitation dans un couloir ou une médiation par un tiers sont en soi des demandes de soins, puisque conformes à une histoire individuelle. La demande de soins, soutenue par l'autonomie, est donc le respect de la loi que notre psychisme nous impose. Aussi farfelue soit-elle, une demande peut-être considérée comme intentionnelle parce qu'elle obéit aux lois de l'esprit. En termes kantien, il n'y a donc pas une demande de soins unique, transcendantale, mais bien des demandes de soins, formulées chacune relativement à l'autonomie de l'être. L'autonomie, c'est ainsi savoir faire état de ses propres ressources, projetées ensuite dans une intentionnalité. Ainsi,

---

<sup>55</sup> On se consacrera principalement à la cinquième méditation dans HUSSERL Edmund, *Méditations cartésiennes*, Paris, Vrin, 2008

cette rencontre récente avec un patient souffrant d'une schizophrénie sévère, alors en rupture de suivi thérapeutique, de fait tant désorganisé, qu'halluciné, que dissocié, venu montrer son état de grande souffrance en grim pant littéralement aux branches des chênes arborant le parc de l'hôpital ; ainsi, ce patient venu en voiture, conduisant lui-même le véhicule, venu utiliser les fauteuils de la salle d'attente comme projectiles à notre égard ; ainsi ce patient s'exclamant nu sur une place fréquentée de la ville qu'il a déjà cumulé de nombreux séjours à l'hôpital psychiatrique ; ainsi ce patient insuffisamment compris dans sa demande pourtant verbale, qui se rend, après avoir été éconduit, dans un hôpital pédiatrique s'exclamer qu'il est un dévoreur d'enfants et qui nous contraint à le réaccueillir ; sont autant d'exemple de demandes de soins à décrypter, qu'il appartient à l'infirmier d'interpréter comme l'expression d'une souffrance expérimentée, dont le seul résidu de liberté sera l'autonomie de son expression.

La question de la demande de soins intéresse dès lors nécessairement autant le philosophe que l'infirmier puisqu'elle interroge autant de concepts que d'applications pratiques, qui sont autant d'enjeux éthiques que cliniques. En ce lieu, l'examen de la demande de soins en psychiatrie fait surgir de nombreuses intrications qui en font un élément spécifique qu'il est nécessaire d'examiner au regard de notre sujet. Ici déjà, elle laisse poindre une réponse fondamentale à la question qui mobilise notre recherche : Si dans son expression tantôt explicite, tantôt décalée elle peut justifier d'une contrainte de soins, elle est parfois la porte d'entrée dans le soin qui permet de concilier les deux pôles de la psychiatrie hospitalière moderne : la contrainte d'une part et le soin d'une autre. En d'autres termes, la compréhension d'une demande de soins vient ainsi justifier de l'usage de la contrainte comme outil qui ouvre la possibilité du soin. La contrainte ne serait dès lors plus le strict opposé du soin, mais lui serait un mode de communication, un socle à partir duquel il peut reposer. Comment cependant peut-on préciser cette contrainte ? Comment s'exerce-t-elle dans le quotidien des soins ?



### 3- L'exercice clinique de la contrainte

Qu'il s'agisse de contraindre aux soins, de contenir physiquement un malade manifestement agité, de contenir psychiquement les propos délirants d'un individu souffrant, de considérer l'institution psychiatrique comme le conteneur d'une frange de la folie socialement incompatible, ou même parfois d'être complètement décontenancé par la tirade discordante d'un patient au gré d'une rencontre en guise de premier échange, la question de la contrainte est aujourd'hui omniprésente dans l'exercice infirmier en psychiatrie. Contrainte, contenance, contrôle, sont à la fois contre la psychiatrie, mais aussi tout contre. Contre la psychiatrie puisqu'ils servent à ses détracteurs dans leur logique d'anéantissement, de contestation, de rejet ; mais aussi tout contre puisque toujours plus proches, nécessairement liés. Jusqu'ici en effet, de nombreuses occurrences du champ lexical de la contrainte sont venus jalonnés notre travail : L'enfermement historique des aliénés, les différentes contraintes que supposent le trouble psychique, l'évocation des hospitalisations sans consentement et bien d'autres exemples sont autant de matérialisation du lien entre contrainte et institution psychiatrique. Toutefois, nous avons vu précédemment dans notre examen de la notion de demande de soins que contrainte et soin semblent être soutenus par des enjeux plus complexes, où le premier peut être le facteur favorisant du second. Par quels mécanismes ? Comment s'exerce la contrainte aux soins dans l'exercice infirmier en psychiatrie ?

Spontanément, il nous semble indispensable d'éclairer le cadre dans lequel peut s'exercer cette contrainte : Par *cadre*, nous entendons les dispositions qui viennent définir et ainsi rendre possible un usage légitime de la contrainte. Ce cadre s'exerce ainsi à différents degrés hiérarchisés, respectivement législatif et hospitalier. Le cadre ce sont donc ces frontières qui délimitent un dispositif qui rendent une action transgressive si elles sont franchies. Celles-ci viennent ainsi définir une pratique qui donne lieu à une analyse, que nous proposons de mener ici.

En premier lieu, le cadre législatif est, au nom de la hiérarchie des normes propre à la construction du régime de notre Etat, la norme suprême qui régit l'activité politique. Pour le dire autrement, la loi est souveraine dans notre régime démocratique et ne peut être dépassée. Ainsi, les lois portant sur la possibilité de la contrainte de soins sont le contour le plus extérieur de l'hospitalisation sans consentement, celles qui sont valables pour tout un chacun, indifféremment de sa présentation clinique. Elles sont effectivement rédigées par l'appareil législatif français et consultables par tous les citoyens, au sein de la troisième partie, livre II, du code de la santé

publique<sup>56</sup>. Deux articles principaux viennent ici nous intéresser et vont être développés ensuite, il s'agit des articles L3212 et L3213 qui prévoient les modalités d'admission en soins psychiatriques de patients pour lesquels l'état clinique nécessite des soins spécialisés, à quelques nuances près que nous allons expliciter. Ces différents textes législatifs appartiennent au corpus de la *loi du 5 juillet 2011* qui vient réviser les procédures de prises en charge contraintes.

Premièrement, l'article L3212 relatif à l'« *admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent* » représente la majorité des hospitalisations contraintes. Selon cet article, « *une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques (...) que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies : 1° Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ; 2° Son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière.* » On évoque alors des soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) quand les différents certificats médicaux prévus par la loi sont accompagnés d'« *une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci* ». En d'autres termes, quand un patient souffrant de désordre psychique ne peut formuler une demande de soins explicite, l'appareil politique peut le contraindre aux soins au regard de son état clinique, à partir d'une demande de soins portée par un tiers défini là aussi par la loi comme une personne agissant dans l'intérêt de l'individu malade. Toutefois, en cas d'absence de tiers, alors que la nécessité de soins existe, on parle alors de soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) « *lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical (...). Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins.* » Le médecin psychiatre est alors reconnu comme l'expert qui peut certifier que le consentement du patient est aboli par le trouble psychiatrique et que ce dernier nécessite des soins spécialisés en psychiatrie.

---

<sup>56</sup> Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge - Code de la santé publique  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&categorieLien=id>

Secondement, l'article L3213 du code de la santé publique énonce les modalités d' « *admission en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat* » (SPDRE), qualifiée d'hospitalisation d'office jusqu'à révision de la loi. Plus exceptionnelle, cette mesure d'hospitalisation prévoit « *l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.* » Ce qui est ici réaffirmé, c'est la mission de contrôle social qui appartient à la psychiatrie : Le trouble à l'ordre public, s'il est d'essence clinique, doit être là aussi expertisé par le psychiatre qui peut affirmer la nécessité de soins psychiatriques. On observera toutefois que dans le cas d'une mesure de SPDRE, ni la notion du consentement, ni celle de son altération ne sont évoquées. Ici, la demande de soins n'est pas camouflée dans son incapacité à la formuler, mais dans la lecture positive d'un trouble bruyant portant atteinte à l'ordre public qui vient incarner ce passage *par* l'acte pour accéder aux soins spécialisés. Toutefois, quelle que soit la procédure d'admission, nous pouvons remarquer que ce sont les savoirs et la figure du psychiatre qui sont convoqués. Quelle est la part de contrainte dans l'activité infirmière ? En quoi l'infirmier contribue-t-il à la contrainte en psychiatrie ?

Aussi, avant de traiter les questions que nous venons d'exposer, nous expliquions en préambule de ce chapitre que la contrainte s'exerçait à différents degrés : parmi ceux-ci, nous retenons l'échelle légale, selon les modalités que nous avons évoqué précédemment, mais aussi l'échelle hospitalière, que nous proposons de développer. Comment l'institution hospitalière peut-elle aujourd'hui en France mettre en place ce pouvoir contraignant ?

Héritage direct de la loi de 1838 (présentée en première partie) qui prévoyait la création d'un lieu destiné à l'accueil de patients atteints de troubles mentaux dans chaque département, le code de santé publique français prévoit dans son article L3222-1 que « *pour chaque territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, après avis du représentant de l'Etat dans le département, un ou plusieurs établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer la mission* (de soins contraints) ». Cela signifie que la mission de contrôle, si elle est définie avant tout dans le cadre légal, s'applique au sein d'une unité de lieu, l'hôpital, reconnue par l'Etat comme lieu de la contrainte. Par exemple, dans le département du Rhône, trois établissements disposent de cette habilitation particulière à recevoir des patients dans les modalités prévues par la loi des hospitalisations contraintes. Quelle est la place de l'institution dans la contrainte ? Quelles sont alors les spécificités de ces lieux ?

Le philosophe J-P. Pierron entrevoit la nécessaire visibilité de l'espace hospitalier comme composante essentielle du soin. Dans *Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin*, ouvrage que nous avons déjà cité et qui pourtant ne s'intéresse pas spécifiquement à la discipline psychiatrique, il écrit qu' « *organisé et ordonné en un monde extraordinaire, le monde du soin rompt avec le monde ordinaire. Il lui faut un espace clairement délimité et hiérarchisé. L'hôpital, la chambre, le bloc opératoire délimitent différents degrés d'intensité dans l'enceinte sacrée de la thérapeutique. Il se transcrit dans des espaces grandioses ou singuliers (l'hôpital, la chambre d'hôpital, le lit), des technologies spécifiques qui sont autant de théories matérialisées (le matériel de soins, le thermomètre ou le stéthoscope, la salle de réanimation).* »<sup>57</sup> Ce qui apparaît ici dans le discours du philosophe, c'est que l'approche du soin nécessite aussi l'examen de sa dimension spatiale comme perspective de celui-ci. Autrement dit, on ne peut étudier la relation entre l'infirmier et la contrainte sans penser l'espace dans lequel le professionnel évolue. De même, le matériel du soin est réaffirmé comme probant d'une pratique spécifique. Ici, en psychiatrie, il s'agit alors d'examiner les outils du soin, d'autant plus s'il est infirmier, pour rendre lisible sa pratique de la contrainte.

Si dès 1937 la terminologie d'asile a été abandonnée au profit de celle d'hôpital, il n'en demeure pas moins des différences considérables entre l'hôpital général et celui spécialisé dans l'accueil des patients contraints, c'est à dire désigné à partir de l'article L3222-1, pour répondre aux demandes de soins spécifiques en psychiatrie. Pas question en psychiatrie de bloc opératoire, d'instruments électroniques rythmant l'ambiance d'une unité de soins au son de bips plus ou moins réguliers, de transferts incessants de brancards, mais une terminologie toute aussi particulière pour désigner l'architecture thérapeutique : Chambre d'isolement ou espace psychiatrique de soins intensifs, chambre ou salon d'apaisement, centre médico-psychologique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel,... Une liste évidemment loin d'être exhaustive mais qui vient ici esquisser une ébauche du faisceau du champ de l'activité soignante en psychiatrie. Ce que nous souhaitons faire apparaître ici, c'est la congruence entre l'architecture des lieux et l'activité soignante. L'hôpital psychiatrique offre un cadre privilégié à l'action de la contrainte puisqu'il est pensé comme le lieu de celle-ci et qu'il la rend possible. Bachelard matérialise ainsi cette thèse lorsqu'il écrit que « *l'espace habité transcende l'espace géométrique* »<sup>58</sup>. Cependant, comment se concrétise l'application pratique de ces lieux de la contrainte ? Comment les infirmiers utilisent-ils ces outils ?

---

<sup>57</sup> PIERRON Jean-Philippe, *Vulnérabilité - Pour une philosophie du soin*, Paris, PUF, 2010, p.18

<sup>58</sup> BACHELARD Gaston, *La poétique de l'espace*, in PIERRON, *op.cit.*, p.119

Si bien entendu l'infirmier psychiatrique se doit de maîtriser les différentes procédures légales d'admission en soins psychiatriques sous contrainte c'est d'abord parce qu'il s'agit d'un pré-requis à l'exercice de ses fonctions qui est enseigné au décours de sa formation initiale. En effet, nous avons pu observer lors de notre stage réalisé au sein d'un institut de formation en soins infirmiers que de nombreux enseignements se rapportaient à la connaissance du cadre légal : Des enseignements spécifiques consacrés exclusivement à cette approche de la législation d'une part, mais aussi de nombreux rappels tout au long du temps de formation au gré de l'étude de cas cliniques par exemple. Par ailleurs, et nous faisons ici référence à notre pratique personnelle, nous ne doutons pas que les professionnels du terrain sensibilisent les étudiants à la maîtrise des procédures d'admission. Pourquoi alors une telle répétition pédagogique ? Quel intérêt pour la pratique du professionnel ?

Rappelons que l'infirmier est ce professionnel de première ligne dont la mission qui inaugure le soin est celle de l'accueil. Il s'agit en effet de recevoir le patient, de l'accompagner et de le préparer à sa trajectoire de soins. Confronté à des patients dans le déni des troubles qui vient sous-tendre une incompréhension de la nécessité des soins, la complexité de la tâche infirmière est alors d'accueillir ce paradoxe, entre la mission d'accueil à accomplir et celle de la réception d'une ambivalence face aux soins à déconstruire. Déjà dans l'accueil, l'exercice de la contrainte s'avère périlleux puisque paradoxal. Puisqu'il faut en parler même si nous pensons que c'est une mauvaise manière de parler de la psychiatrie, la question du paradoxe peut aussi laisser entrevoir celle de la violence. L'idée de ce travail n'est pas de la réfuter, de dire que celle-ci n'existe pas, mais bien de la considérer comme marginale tant celle-ci ne reflète que très peu l'exercice de la contrainte. En effet, alors qu'elle est le fer de lance des médias quand il s'agit d'évoquer la psychiatrie française, une étude menée par la Haute Autorité de Santé montre que « *du fait des représentations de la maladie mentale dans la population générale, le risque de comportement violent chez les personnes souffrant de troubles mentaux est largement surestimé. Ces personnes ne sont responsables que de 3 à 5 % des actes violents. De plus, il s'agit très rarement d'actes de violence graves (un homicide sur vingt). Et surtout, elles sont plus souvent victimes de violence que la population générale (7 à 17 fois plus souvent).* »<sup>59</sup> Pour reprendre les propos d'un psychiatre avec lequel nous avons exercé, si nous nous en tenons aux données statistiques, il demeure plus dangereux de dormir dans le lit conjugal avec son conjoint (la chambre conjugale et le conjoint sont les principaux lieux et auteurs de violence) que d'exercer en psychiatrie. Ainsi, même si la violence existe en psychiatrie, c'est à

---

<sup>59</sup> Haute Autorité de Santé, *Violence hétéro-agressive en psychiatrie : les facteurs de risque et les signes d'alerte à repérer*

échelle bien plus réduite que ce que l'opinion publique veut bien nous faire croire. On ne peut donc pas faire poindre un lien évident entre violence et contrainte, ou réciproquement. La contrainte ne peut dès lors s'épeler dans les termes de la violence mais bien dans ceux du soin, que nous avons jusqu'à maintenant privilégié. De même pour le professionnel, si les formations destinées à contenir la violence sont certainement nécessaires (et souvent fortement recommandées par les institutions hospitalières), celles-ci s'avèrent reléguées au second plan. La parade est alors de déceler la compréhension de la violence par le soin, en n'y voyant pas seulement une activité agressive, gratuite, qui vise à attenter à l'autre mais plutôt un mode d'expression de la souffrance par le corps, quand l'accès aux schémas linguistiques communs n'est plus possible. Comme perte de convenance, la violence en psychiatrie peut être comprise dès lors comme l'expression d'une demande de soin et demande de fait une réponse soignante et pas exclusivement une prise en charge physique. Cette association contrainte physique et soin infirmier semble effectivement caduque puisque superficielle.

La relation entre le soin infirmier et la contrainte à l'hôpital psychiatrique, nous l'avons vu, n'est donc pas de nature violente. Elle s'accomplit dans un travail d'accompagnement dans la trajectoire de soins du patient alors que « *le soin habite la lente traversée du temps vécu des jours et des peines* »<sup>60</sup>. Cette configuration temporelle du soin s'étend alors dans une durée, expérience traversée par les acteurs de la contrainte. Le patient, bien entendu, mais aussi l'infirmier. La contrainte engage effectivement tout autant le patient que l'infirmier, ce dernier contraint lui aussi d'accueillir l'individu souffrant selon les modalités prévues par la loi. Nous retrouvons ici l'idée d'un mariage en somme sans consentement, entre l'infirmier qui ne fait pas le choix de la rencontre et le patient qui ne fait pas le choix de l'hospitalisation. La contrainte s'exprime jusque dans la rencontre, interstice qui inaugure le soin et qui configure la création d'une relation. La contrainte vient, de fait, nous dire du patient, en terme clinique, si on considère la contrainte comme possibilité d'une demande de soins tout autant qu'elle vient nous dire du tissu institutionnel qui la permet : D'une part, l'institution comme lieu de prise en charge qui doit dès lors mettre à disposition les outils nécessaires à la réalisation de sa prise en charge ; d'autre part la contrainte vient nous dire plus encore du corps soignant qui lui permet de révéler la demande de soins qui la sous-tend. En conséquence, nous pouvons opérer un renversement et considérer le discours comme plus exclusivement centré sur le patient. Il appartient dès lors de réaliser un effort phénoménologique et

---

<sup>60</sup> PIERRON, *op.cit.*, p.26

de voir la folie à partir de celui qui l'observe et qui la soigne, plus seulement à partir de celui qui la vit. En somme, l'exercice de la contrainte, en outre d'être un vécu du patient est parallèlement une expérience du soignant. Au-delà de la nécessité technique qu'elle justifie, elle s'entend dans une expérience humaine intersubjective. L'effort de contraindre, puis, éventuellement de contenir, vient de fait solliciter le soignant dans son identité personnelle qui étaye sa pratique professionnelle. La contenance s'éprouve tout autant qu'elle se restitue. En accueillant les contenus psychiques de l'autre en souffrance, l'infirmier vient absorber une pensée déroutante, douloureuse, puis restituer une attitude détoxifiée, sereine, une parole rassurante, réconfortante.

La contenance est ainsi définie par R.Kaës comme « *l'aspect stable et immobile qui s'offre en réceptacle passif au dépôt des sensations et images (...) ainsi neutralisées et conservées.*»<sup>61</sup> Il s'agit ici d'un rôle d'accueil passif du contenu psychique de l'autre. Pour expliciter notre propos, prenons par exemple ce patient venu il y a peu de temps nous expliquer qu'il était un descendant d'une longue lignée parmi laquelle on comptait Louis XIV, Louis XVI, Mussolini, ou encore Laurent Delahousse... Si bien entendu ce discours délirant prête à sourire, il n'en reste pas moins que le patient est venu ici solliciter notre attitude contenant en ne demandant pas de réponse précise. Seulement, si cette conviction délirante est pour le patient angoissante (imaginez un instant être le poids de l'héritage d'une telle lignée !), l'attitude positive de l'infirmier, qui n'est pas détruit par le propos restitue par sa seule capacité d'accueil une posture réconfortante. Toutefois, l'épreuve de contenance n'étant pas toujours suffisante, nous aurions pu imaginer que ce patient sollicite le processus conteneur de l'infirmier. Il s'agit ici d'un rôle actif, où l'infirmier transforme les propos du patient pour les ancrer dans une réalité conventionnelle, avec prudence, pour les rendre moins toxiques. Si nous reprenons l'exemple de ce patient, nous aurions pu imaginer que celui-ci vienne nous dire à quel point il lui est difficile de supporter l'héritage qu'il doit porter et que, cette fois-ci, il attende une réponse de notre part. Dans le cas présent, nous aurions pu engager un travail de reformulation pour signifier au patient que sa demande a été entendue, et lui proposer une interprétation de son propos en lui demandant s'il est, par exemple, inquiet à l'idée de ne plus avoir de nouvelles de ses parents... Le travail infirmier s'affirme en ce lieu comme spécifique par son approche prudentielle d'accompagnement.

Profondément humaine, la contenance est ainsi faillible, insuffisante. C'est ainsi que parfois elle laisse la place à l'agressivité, à la violence, au geste répréhensible. Un geste, une attitude, une

---

<sup>61</sup> LANQUETIN Jean-Paul, TCHUKRIEL Sylvie, *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie*, Rapport final du groupe de recherche en soins infirmiers, 29 février 2012, p.210

parole toutefois toujours ancrée dans une biographie, impossible à circonscrire dans une pensée objectivante. Même dans les situations de contention physique, il y a de la relation d'aide. Une relation entre deux sensibilités, toutes deux vulnérables au geste pratiqué : D'une part le patient vulnérable puisque victime d'effraction à sa liberté de se déplacer et de s'exprimer, d'autre part le soignant puisque vulnérable à la souffrance de l'autre. C'est ainsi que la vulnérabilité identitaire est au cœur du lien. En jouant avec la polysémie du terme, on se réfère alors au *lien*, celui qui serre, qui empêche, qui attache, qui étouffe, qui contraint, qui emprisonne, mais aussi au *lien*, celui qui permet, qui ouvre la porte à la relation, qui détend, qui soulage, qui libère.

Enfin, la contrainte physique s'entend aussi comme étayage sur le corps de l'autre. La pensée dispersée, le corps morcelé, la main soignante posée sur l'autre soigné vient rassembler. Là aussi, cette main vient dire de la vulnérabilité de celui qui contraint. Douce, elle vient rassurer, montrer la nécessité du soin, rappeler la dynamique maternante et les qualités régressives du soin... Tremblante, elle vient dire la peur ressentie plus tôt, lorsque le patient s'est agité en salle d'attente, a proféré multiples menaces avant de jeter un objet en direction des soignants... Ferme, elle vient assurer la sécurité des soignants qui participent à l'installation du patient et signifier à ce dernier la gravité de son état... Trop ferme, la pression exercée sur le patient vient dire cette volonté contenue d'une empoignade avec lui parce que plus tôt il s'en est pris à un pair... En somme, la contention d'un patient, plus qu'un geste automatique, vient s'inscrire fondamentalement dans une histoire singulière. Elle est véhiculée par un geste modulé, ajusté et réajustable, sensible. L'histoire du soin, c'est justement de faire advenir la subjectivité.

Pour finir, en dernier lieu, l'ultime perspective dans laquelle s'exprime la contrainte où l'infirmier peut avoir une action et qui est certainement trop souvent négligée, c'est celle de l'environnement du patient. Par environnement, nous entendons ici la dimension sociale de l'individu. D'expérience, nous pouvons dire que les premiers à remarquer les troubles du patient sont souvent les membres de sa famille proche : Une mère protectrice qui voit son fils se replier dans sa chambre et refuser de se rendre à ses obligations scolaires, une épouse aimante qui voit son mari insomniaque s'astreindre à des pratiques religieuses inhabituelles ; un colocataire qui remarque des propos étranges à tonalité persécutoire dans le discours de celui avec qui il partage un appartement ; un employeur bienveillant qui veut éviter le licenciement d'un employé, confronté à l'absentéisme fréquent de celui-ci car ce dernier, pas encore dégrisé de sa dernière alcoolisation n'a plus les ressources de se rendre au travail ; sont autant de partenaires du soin que de victimes collatérales du désordre psychique. S'il n'est pas rare de proposer aux proches de se positionner



comme tiers demandeur d'une hospitalisation pour une éventuelle mesure de soins contraints, ce geste n'a rien d'anodin. Crainte d'éventuelles représailles, incompréhension des modalités d'admission, méconnaissance de la nécessité des soins sont là aussi des freins à la prise en charge de l'individu malade. Lors d'une récente communication organisée par l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux (UNAFAM) à laquelle nous avons pu assister, les conférenciers expliquaient le « *tsunami* » qu'entraînait dans une famille l'entrée dans la maladie d'un proche, ce que nous voulons bien croire... La mission infirmière est alors plurielle à l'égard de ces proches touchés par la maladie mentale. D'abord, un travail d'écoute active puis de reformulation nécessaire pour leur expliquer ce que signifie la contrainte : Si le tiers est demandeur des soins, cela ne signifie pas qu'il est l'instigateur de la mesure de contrainte, qui reste une compétence médicale, mais qu'il agit dans l'intérêt du patient comme le précise l'article L3212 que nous avons présenté précédemment. Ensuite, une tâche de réassurance appartient à l'infirmier qui, après avoir déculpabiliser le proche, doit réaffirmer sa disponibilité. Effectivement, l'hôpital demeure ce lieu de la permanence des soins, où le service est continu et où le soignant reste disponible de jour comme de nuit. Il s'agit aussi de redire la positivité de la démarche engagée par le tiers, souligner la nécessité des soins immédiats puis de veiller à l'avenir du proche, en préparant aux prémices de ce qui constituera l'éducation thérapeutique, en réaffirmant par exemple la nécessité de l'observance du suivi psychothérapeutique et du traitement chimiothérapeutique... En somme, la prise en compte de l'environnement social du patient, qu'il soit familial, professionnel, ou de tout autre tiers bienveillant à l'égard du patient appartient à la mission infirmière puisque participe à cette dynamique du prendre soin.

En conclusion de ce chapitre, il nous semble important de redire que le soin et la contrainte apparaissent nécessairement liés en psychiatrie, pas seulement en terme législatif. Si ne raisonner qu'à partir du champ lexical du soin pour analyser la spécificité infirmière en psychiatrie négligerait la mission historique de contrôle dévolue à l'institution psychiatrique, évoquer de manière unidimensionnelle la contrainte réduirait l'hôpital à une institution coercitive. Il apparait alors que l'un s'éclaire par l'autre et que la contrainte s'entend comme outil thérapeutique, qui permet l'entrée dans les soins et qui rend lisible dans notre entreprise les missions d'accueil et d'accompagnement du personnel infirmier. Cette explication conjointe trace en ce lieu la frontière entre les institutions pénitentiaire et psychiatrique. Si les deux établissements partagent comme point commun la prise en charge des conduites délictuelles, la tâche pénitentiaire s'exerce dans un pouvoir de coercition primaire alors que l'hôpital psychiatrique relègue au second plan ce trouble et

y lit davantage un symptôme (trouble du comportement) compris dans un ensemble sémiologique. Toutefois, on sait que la perméabilité entre les deux spécialités existe : Les unités psychiatriques spécifiquement dédiées aux détenus se multiplient, des mesures de soins propres à la population pénale ne cessent de voir le jour, des formations d'approche du trouble psychique pour les magistrats se développent... Ce qui est mis en avant, c'est une transparence entre le savoir clinique et l'appareil judiciaire qui progressivement laisse apparaître de nouvelles modalités du soin parmi lesquels obligation ou injonction de soins, suivi socio-judiciaire... Demeure toutefois une différence de lecture des problématiques, clinique d'une part, judiciaire d'une autre, qui à ce jour ne permet pas de douter de la spécificité des infirmiers en psychiatrie au regard de l'administration pénitentiaire.

Alors que nous avons cherché à définir positivement la spécificité du soin infirmier en psychiatrie à partir de sa distinction avec le soin infirmier généraliste, nous observons que les divergences s'opèrent à différents degrés : D'abord théorique, à partir de l'analyse des concepts de santé et maladie puis de la compréhension d'une demande de soins qui requiert une approche particulière soutenue par des compétences professionnelles principalement orientées autour de l'interprétation et de la reformulation ; ensuite institutionnel au travers de l'architecture signifiante de l'hôpital psychiatrique qui disposent d'espaces de soins pensés, dessinés puis habités par des soignants qui les peuplent ; et enfin pratique dans l'exercice de la contrainte, outil thérapeutique spécifique de la discipline, héritage de l'histoire qui a vu émerger des pratiques innovantes. En conclusion de notre analyse, nous pouvons ainsi affirmer qu'en psychiatrie, la pratique infirmière s'épèle ainsi dans une inter-compréhension avec un patient troublé dans sa subjectivité à qui il est nécessaire de redonner un sens égaré. Si la contrainte de soins s'éprouve davantage qu'elle se subit, c'est parce que le professionnel l'incarne comme un outil qu'il peut restituer dans sa pratique. Dans quels interstices l'infirmier peut-il alors rendre visible sa pratique spécifique ?

### III/ L'informel, spécificité du soin infirmier en psychiatrie

Jusqu'ici, nous avons rendu visible, dans un premier temps, l'histoire particulière du soin infirmier en psychiatrie tracée par son ambiguë relation entre soin et coercition et, en second lieu, dans quelle mesure les infirmiers en psychiatrie avaient une lecture propre des problèmes cliniques rapportés par les patients notamment en lien avec leur rapport au *cadre*, lui-même initiateur du développement de pratiques spécifiques. Ce *cadre* fait ainsi lui-même référence à un ensemble de réflexions qui suscite un ensemble de réponses pratiques, celles-ci constituant un environnement dans lequel le soin peut émerger : Des réflexions d'abord historico-politiques qui demeurent d'intérêt épistémologique et qui ont une portée éthique. Ainsi se tissent les liens entre théorie et pratique, entre tentative d'objectivation biomédicale et nécessaire subjectivation soignante, entre spécialité d'une discipline et spécificité d'une fonction, entre savoir médical et pouvoir judiciaire, entre soin et contrainte. Demeurent alors la question de savoir comment les infirmiers évoluent au sein de ce cadre : L'infirmier demeure-t-il (ou devient-il ?) cet auxiliaire médical, professionnel manufacturier d'une prescription dogmatique ? Quelle est la marge autonome d'un infirmier en psychiatrie ? Comment tendent à évoluer la profession infirmière en psychiatrie ou encore la contrainte de soins ? C'est cet ensemble de questions que nous proposons maintenant d'explorer afin de plonger le lecteur dans le quotidien des soins infirmiers en psychiatrie. Fondamentalement ici, après avoir montré que soin et contrainte ne rencontraient pas d'obstacles logiques, il s'agit bien davantage de se poser la question de « comment soigner dans la contrainte ? » plutôt que celle de « comment soigner et contraindre ? », que nous avons précédemment examinée. Ici, quand nous cherchons à dialectiser soigner *et* contraindre, ce *et* désigne bien le rapport entre les deux concepts alors que nous avons démontré qu'ils n'étaient pas antinomiques.

#### 1- Les fonctions de l'informel

Alors que nous avons dessiné, au gré de notre analyse, le profil de l'infirmier en psychiatrie, nous avons pu observer qu'il s'agit d'un professionnel spécialisé dans l'exercice d'une discipline elle-même spécifique au coeur du savoir médical. Nous avons alors prolongé notre raisonnement en décrivant les outils du soin, parmi lesquels la contrainte ou l'architecture hospitalière comme objet thérapeutique. Comment ces objets de soins peuvent-ils être manipulés au quotidien ? En dehors de l'administration thérapeutique, comment les infirmiers prennent-ils en charge leurs patients atteints

de trouble psychique ? Plus trivialement, en dehors du temps de présence médicale, que font les infirmiers ? L'ensemble de ces questions vient ici interroger ce qu'il se passe quand les infirmiers agissent dans leur zone d'autonomie, c'est à dire quand ils n'agissent pas sous l'autorité médicale. Car si effectivement les infirmiers accomplissent les prescriptions médicales, que désigne cet espace temporo-spatial plutôt obscur de l'absence médicale ? Comment définir positivement ce qui semble n'être décrit que dans le vocabulaire de « ce qui n'est pas » ?

L'ensemble de ces pratiques définies a été approché pour la première fois par W.Hesbeen, penseur infirmier que nous avons déjà présenté, qui décline *les petites choses du constitutives du soin infirmier*. Il écrit ainsi que « *l'attention à ces petites choses manifeste le souci du professionnel à l'égard de l'autre, dans son existence. Elle participe pleinement à sa santé.(...) Toutes ces petites choses ne sont pas spectaculaires, ne sont pas ou tellement peu observables et mesurables.(...) Toutes ces petites choses, même lorsqu'elles s'exercent dans un service aux pratiques sophistiquées ne sont pas compliquées, alors qu'elles s'inscrivent véritablement dans la complexité de l'approche de l'humain. Dans sa réalité profonde, le soin infirmier est ainsi plus marqué par la subtilité, la spontanéité, la créativité et l'intuition que par la science et la technique.* »<sup>62</sup> Pour nous, ces *petites choses* participent à constituer une ébauche de définition de cette zone d'autonomie, sans pour autant la rendre totalement lisible ce qui la rend, à notre sens insatisfaisante. Notre critique s'articule en deux points : Tout d'abord, nous récusons le qualificatif de « *petites* » qui rendrait compte d'une part minimale de l'activité infirmière pour laquelle il serait sans doute possible de faire preuve d'abstraction et, d'autre part, la terminologie de « *choses* » prolongerait cette idée de l'impossibilité à rendre compte du travail non prescrit et semble antinomique avec notre dessein premier qui vise à être le plus exhaustif possible sur la pratique infirmière en psychiatrie. Par manque d'ambition et de précision, bien que nous soutenions la démarche de W.Hesbeen de laisser poindre ces « *petites choses* » qui constituent le paradigme du *prendre soin*, il semble que nous devions l'abandonner au profit d'un autre concept, celui de *l'informel*, actuellement en pleine expansion depuis le travail récent puisque publié en 2012 par J-P. Lanquetin et S.Tchukrikel intitulé « *l'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie* ». Cette première recherche indépendante menée spécifiquement sur le soin infirmier en psychiatrie s'intéresse précisément à *l'informel*. Les auteurs le définissent ainsi comme ce qui « *vient qualifier l'activité infirmière en psychiatrie qui ne s'inscrit pas dans le repérage des actes de soins programmés, lesquels*

---

<sup>62</sup> HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital*, Paris, Masson, 1997, p.43

*correspondent souvent aux activités en lien avec le prescriptif.* »<sup>63</sup> Même si nous aurons l'occasion de revenir plus en profondeur sur cette première recherche infirmière, nous retenons cette idée d'informel pour laquelle nous pouvons observer que nous nous trouvons au coeur même de notre recherche, au creuset de la lisibilité de l'activité infirmière autonome en psychiatrie. Comment, dans notre travail, se conformer alors à la définition du concept d'informel que les infirmiers chercheurs ont déclinée ? Comment l'informel peut-il résoudre l'équation du paradoxe entre soigner et contraindre ? Evincé de son acception infirmière, l'informel s'entend dans différents dictionnaires courants de la langue française comme ce « *qui n'est pas organisé de manière officielle* ». Plus proche des *petites choses* de W.Hesbeen, on entend ici le caractère autonome de cette pratique. Toutefois, dans quelle mesure *ce qui n'est pas organisé* n'est pas désorganisé ? Peut-on caractériser l'informel dans des termes formels ?

En premier lieu, nous considérons indispensable la qualification de l'informel au prisme de sa caractérisation spatio-temporelle. Il s'agit ici de décrire où est ce que l'informel s'opère tant afin de le caractériser le plus exhaustivement possible que de le raconter dans son activité quotidienne. Dans sa perspective spatio-temporelle, nous expliquions que l'informel s'exécute en dehors du temps d'action programmée, c'est à dire prescrite : Quand l'infirmier n'administre pas le traitement prescrit par le psychiatre, quand il ne réalise pas un entretien infirmier programmé,... L'informel se situerait donc dans ces interstices, c'est à dire ces petits espaces vides, désempilés de la prescription médicale. Positivement, on se situe dans ces moments propres à l'infirmier. Quels sont alors les principes de l'informel ? L'informel est-il marginal dans la pratique de soin ?

J-P. Lanquetin s'interroge à propos de l'informel en écrivant qu' « *il est admis que dans la répartition des activités du soin infirmier, le soin technique codifié représente environ 25% du temps infirmier intra-hospitalier. Qu'en est-il des 75% restant, ces soins qui ne sont pas réglementés ou encadrés ? Que fait-on qui n'est pas le "faire" ? Que fait-on qu'une pratique "nomenclaturée et informatisée" ne saurait réduire?* »<sup>64</sup>. Dans nos diverses consultations bibliographiques, cette proportion de 75% apparaît comme la plus fréquemment citée pour désigner la part de l'informel dans le travail infirmier. Quand on sait que la majorité des infirmiers exercent leur activité professionnelle en poste d'équipe pour assurer la continuité des soins, cette marge de 75% indique

---

<sup>63</sup> LANQUETIN Jean-Paul, TCHUKRIEL Sylvie, *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie*, Rapport final du groupe de recherche en soins infirmiers, 29 février 2012, p.23

<sup>64</sup> ANSELME Gérard, LANQUETIN Jean-Paul, QUINET Philippe, « Les soins infirmiers en intra-hospitalier », in *Soins Psychiatrie*, n°194, février 1998

que pendant 6h sur un poste de 8h ou encore 9h sur un poste de 12h, les infirmiers pratiquent l'informel. On est alors loin d'une pratique marginale ! Nous expliquions en préambule que l'informel se caractérisait par son absence médicale, il semble d'emblée plus pertinent de commencer par évoquer la présence infirmière ! Cette présence, nos infirmiers chercheurs l'examinent et expliquent que « *cette fonction et cette notion d'«Être là» sont régulièrement convoquées dans les écrits qui invitent à penser le rôle des infirmiers en psychiatrie, particulièrement en hospitalisation temps plein. Non seulement ils sont fréquemment convoqués, mais, sans être dans une approche quantitative, nous avons été étonnés par la fréquence du recours à cette notion lors de nos entretiens. Celle-ci apparaît dans plus de la moitié des entretiens, et ce, de manière convergente pour tenter de définir les critères d'une certaine qualité de présence de l'infirmier en psychiatrie. Ces éléments ont été confirmés lors de la présentation des résultats, la fonction « Être-là» s'est avérée constituer la fonction la plus fréquemment retrouvée. Elle porte donc en elle un potentiel de dénominateur commun chez les professionnels qui traduirait à la fois la dimension d'une qualité de présence et celle d'une possible rencontre.* »<sup>65</sup> Observer l'évolution des patients au sein de leur prise en charge au moment du repas pris en collectivité, répondre à un patient qui nous interpelle pour nous interroger sur la suite des soins, désamorcer une situation critique avec un patient envahi d'idées délirantes, prêter une oreille attentive à la mère d'un jeune patient primo-hospitalisé, le couloir, la nuit, la chambre d'un patient, les dimanches ou jours fériés, les salles du personnel, les moments de transmission inter-équipes sont ces lieux de l'informel, ces interstices où l'infirmier psychiatrique déploie ses compétences qui lui sont propres et qui spécifient sa pratique. Nous pouvons alors retenir de la pratique de l'informel qu'elle est diverse et polymorphe. Pour preuve, la recherche infirmière portant sur cette question ne dénombre pas moins de 139 fonctions de l'informel ! Outre son impossibilité de la restituer exhaustivement ici, comment peut-on en tirer des conclusions dans le cadre de notre analyse épistémologique du soin infirmier en psychiatrie ? Peut-on déceler un dénominateur commun à l'informel ?

Notre quête vise à déceler, dans l'informel, ce qui fait socle, c'est à dire la compétence première requise qui permet d'en déployer le champ. Que trouve-t-on à l'aube de cet « Être-là » ? A quelle compétence laisse place la simple présence infirmière ? Il convient ainsi de s'interroger sur l'intentionnalité de cet *Être-là* en cherchant à qualifier la nature du regard infirmier sur le patient. Ce regard, bienveillant puisqu'inscrit dans une démarche de prendre soin, que vise-t-il ?

---

<sup>65</sup> LANQUETIN Jean-Paul, TCHUKRIEL Sylvie, *op.cit.*, p.194

Il nous semble alors que c'est dans l'observation que l'on peut décliner l'intention du regard infirmier. Elle semble être le premier jalon qui vient dessiner le chemin vers l'informel. Observer, c'est à dire porter une attention à quelque chose ou quelqu'un, nous instruit sur la positivité du sujet observateur, puisqu'acteur du geste. En décrivant l'observation infirmière, on aboutit alors à définir sa spécificité. « *L'observation est donc une des formes de l'attention, un prolongement de l'attention, laquelle se définit comme une concentration de l'activité psychique sur un objet particulier.(...) L'observation, en outre, repose sur une saisie du réel, de l'objet, par l'activité de la perception, par les voies de la sensorialité, le regard occupant une place privilégiée dans cette activité de perception.* »<sup>66</sup> Plusieurs éléments sont à retenir de cette définition :

- L'observation est une activité psychique dirigée. Ce qui est dit ici, c'est avant tout que l'observation fait appel à des compétences mentales, de représentation. Elle ne passe pas par la technicité d'un geste mais bien dans une posture, celle qui vise à se concentrer sur un sujet. Nous expliquions que les infirmiers en psychiatrie étaient des professionnels de la subjectivité, ils sont aussi des professionnels de la leur.
- L'observation fait appel à la sensorialité. Pas seulement une activité de regarder, elle suppose une attitude plus globale de compréhension de l'autre. Nous l'avions précisé, l'inter-compréhension vient répondre à la demande de soins, c'est par l'observation infirmière que cette démarche est rendue possible. Ici, les sens sont au service de l'intersubjectivité et se combinent entre eux pour favoriser l'observation du patient.
- La vue, bien entendu. L'infirmier peut observer visuellement ce qu'il se passe, aussi il décrypte à partir de ses compétences ce que le patient lui montre. Ce qui est réaffirmé ici, c'est l'importance de l'observation du langage corporel, non-verbal. Le patient parasité par un envahissement hallucinatoire qui montre des attitudes d'écoute d'hallucinations acoustico-verbales, le patient qui déambule parce qu'il est trop angoissé pour se reposer dans sa chambre, mais aussi les relations entre les patients eux-mêmes, la manière dont un patient s'alimente, prend soin de lui, sont ces indices que l'infirmier observe, sans que cela fasse partie d'une pratique nomenclaturée et réglementée.
- L'ouïe, évidemment nécessaire à l'écoute des propos du patient. Il s'agit alors de contribuer à favoriser l'expression de l'autre, après avoir écouté ce que le corps nous dit, cerner la demande telle qu'elle est formulée verbalement. Méritant tout autant d'observation, plus que le contenu du propos, il s'agit aussi de porter attention au débit verbal, à son organisation, à sa fluence.

---

<sup>66</sup> CICCONE Albert, *L'observation clinique*, Paris, Dunod, 2013, p.16

- Le toucher appartient aussi au processus de l'attention portée à l'autre quand il s'agit d'observer sa capacité à supporter une main posée sur lui pour essayer de le rassurer tout autant que quand il s'agit de reproduire les gestes d'un patient atteints de trouble du spectre autistique pour essayer d'entrer en relation avec lui.
- Enfin, l'odorat participe lui aussi à l'observation d'un patient même s'il semble à première vue plus difficile à repérer et qu'il n'est pas enseigné comme un indicateur de celle-ci. Pourtant, entrer dans la chambre d'un patient et remarquer une odeur nauséabonde laissant présager un déficit dans la réalisation des soins d'hygiène, ou, au contraire, percevoir une forte odeur de parfum laissant envisager une rencontre avec un patient hyperthymique sont bien des moyens d'observation.

On retiendra ainsi de notre examen de l'observation qu'elle passe par un éveil sensitif qui constitue un processus actif du regard de l'autre. Informelle puisque non soumise à prescription, non repérée dans les cadres réglementaires, elle n'est pas un état statique de simple perception, aussi elle suggère investissement de cette perception dans la continuité des soins. Elle s'appuie par ailleurs sur des savoirs académiques sémiologiques, qui permettent de faire le lien entre perception individuelle et posture professionnelle. L'observation suppose ainsi une observation des signes que le patient montre mais aussi l'observation de l'activité transférentielle de ceux-ci, c'est à dire la contagion qu'ils auront sur le sujet observateur. L'observation intègre dès lors un processus réflexif contributif à la compréhension de l'autre. *« Si l'observation des symptômes est utile au clinicien pour établir un diagnostic et avoir une représentation globale du fonctionnement psychique du sujet, l'observation des symptômes en psychologie clinique a surtout pour but la recherche du sens des symptômes. Le symptôme est considéré comme porteur de sens, comme mode de symbolisation. »*<sup>67</sup> Ces savoirs, empruntés à la psychologie clinique, interrogent ainsi sur le statut des infirmiers en psychiatrie : Différents des infirmiers de santé physique par leur approche du trouble, différents des psychiatres puisqu'exerçant une activité moins soumise à la réglementation, dans quelle mesure leur fonction est-elle différente de celle des psychologues ?

On remarque effectivement que l'infirmier, comme le psychologue, intègre l'intersubjectivité au coeur de sa pratique. Comme le psychologue, l'infirmier en psychiatrie repère les symptômes psychiques, les reformule pour les rendre conscients et les instrumentalise dans sa relation avec le patient. Comme le psychologue, l'infirmier s'intéresse tout autant aux dynamiques individuelles que familiales ou groupales. Pourtant, *« ce que vise la psychologie clinique, plus que*

---

<sup>67</sup> *Ibid.*, p.63



*des objets concrets, c'est le psychisme humain. On peut donc la définir comme une science du psychisme humain. Elle consiste en l'étude du psychisme humain, de son fonctionnement, de ses processus.* »<sup>68</sup> Exclusivement, la psychologie s'intéressera à l'objet psychique. Nous l'avons vu cependant, la spécialisation infirmière en psychiatrie n'exclut pas la connaissance des fonctions biologiques du corps. De même, si la pratique en psychologie clinique est une pratique individuelle, concentrée autour d'un seul sujet observateur, le soin infirmier en psychiatrie intègre la collégialité. De par sa nature de soins continus, l'observation infirmière du patient s'étale dans le temps (les différents moments du soin) et dans les espaces (différents lieux du soin) puis se partage entre les partenaires du soin. Enfin, l'infirmier, contrairement au psychologue, participe à la prise en charge globale du patient, ce qui signifie que sa présence et son accompagnement sont continus auprès du patient. Il lui appartient effectivement, en outre des temps de soins spécifiques aux missions de la psychiatrie, de participer à l'aide aux soins primaires, tels que l'aide au repas, aux soins d'hygiène... Autant de missions qui n'appartiennent pas au psychologue, lui-même s'intéressant exclusivement à l'activité psychique du patient. Si psychologue et infirmier sont complémentaires, c'est parce que leurs pratiques se mutualisent dans la prise en charge du patient souffrant. On retient ainsi de l'observation qu'elle est le vecteur qui oriente la démarche du soin infirmier puisqu'elle l'inaugure. En ce sens, nous pouvons qualifier son mécanisme de dynamique, puisque sans cesse en mouvement, opérante au gré des différents interstices. Dynamique aussi puisque tour à tour effective sur le repérage des signes du patient et sur l'effet que ceux-ci produisent sur le soignant. En outre, pour qualifier cette observation, nous pouvons dire qu'elle est d'essence clinique. Portée par un professionnel de santé, elle s'inscrit en effet complètement dans l'étude directe des signes du patient et situe le professionnel toujours au plus proche de lui pour en favoriser les interactions. L'observation, clinique et dynamique, est, nous l'avons montré, la matière première de l'informel puisque c'est la cause première du soin dans son ensemble. Elle est ainsi décisive dans le déploiement du champ de compétences de l'infirmier.

Enfin, notre examen de l'informel dans l'exercice infirmier en psychiatrie nécessite par ailleurs d'être précisé dans sa relation avec notre objet d'étude initial, le couple soigner/contraindre au prisme du soin infirmier. Comme nous l'avons déjà montré, la contrainte s'inscrit dans le soin comme objet thérapeutique. Toutefois, il nous reste à montrer comment cet objet est manipulé au quotidien par les infirmiers en psychiatrie. Rappelons par ailleurs que notre examen de l'informel

---

<sup>68</sup> *Ibid.*, p.12

s'appuie prioritairement sur une recherche infirmière menée par deux professionnels de la discipline dont l'objet d'étude visait à rendre, comme nous le faisons dans ce travail, visible ce qui ne fait pas partie des activités programmées ou prescrites du soin infirmier. Notre ambition demeure toutefois différente puisqu'elle vise pour nous à éclairer la spécificité du soin infirmier en psychiatrie, qui passe néanmoins par la mise en lumière de l'informel. Les infirmiers chercheurs promoteurs de l'informel ont ainsi pris le parti de raisonner en terme de fonction pour décliner l'informel, parce que *« l'idée de la fonction ne se rapporte pas un but ou un objectif, atteint ou non atteint, car cette visée ne retiendrait pas la correspondance étroite qui se manifeste dans les faits ou situations qui déterminent la fonction. De même, l'idée de fonctions en science sociale et l'ouverture de son champ définitionnel permettent d'aborder les situations autant en termes de processus, de finalité, d'effet ou de résultat. L'utilisation du terme de fonction nous permet de rendre compte de réalités difficilement objectivables, elle peut s'adapter à des infra actes. »*<sup>69</sup> Les fonctions sont ainsi découpées en trois grands chapitres, correspondant aux trois niveaux d'investigation auxquels elles se rapportent : Dans la perspective du patient, dans la perspective soignant et dans la perspective de l'équipe. En prolongeant le raisonnement des infirmiers chercheurs, c'est nous aussi en nous exprimant en termes de fonctions que nous pourrions résoudre le couple soigner/contraindre dans son mise en acte quotidienne. Parmi les 139 fonctions de l'informel déclinées, quelles sont celles qui seront opérantes dans notre examen spécifique ? A quelle perspective appartiennent-elles ? La difficulté majeure pour notre travail est alors d'apporter une dimension innovante à l'informel, là où un travail se réclamant exhaustif a déjà été produit.

Nous cherchons alors à distinguer une méta-fonction qui combinerait les éléments de différentes fonctions pré-définies et qui alimenterait alors notre thèse selon laquelle c'est la spécificité du travail infirmier qui rend possible le soin par la contrainte. Nous avons ainsi vu jusqu'ici que, plus généralement, la profession infirmière s'articule à partir des principes du prendre soin et que, spécifiquement en psychiatrie, c'est l'observation clinique et dynamique qui ouvre la possibilité du soin. En première intention, il semble évident que la disponibilité du soignant soit requise pour qu'une rencontre de soin puisse avoir lieu. La disponibilité est elle-même reconnue comme une fonction de l'informel. En reprenant la définition de fonction que nous avons précisé, on ne se situe effectivement pas en terme d'objectif mais bien dans celui de processus. La fonction de disponibilité est ainsi référencée comme *« l'ensemble des mesures que prend l'infirmier pour se rendre accessible à un moment T au patient. La fonction Disponibilité ne peut pas être une exigence*

---

<sup>69</sup> LANQUETIN Jean-Paul, TCHUKRIEL Sylvie, *op.cit.*, p.126

*sauf à la paradoxer et la vider de l'essence de son contenu. Il s'agit d'une capacité qui nécessite un travail de repérage, de construction, et de mise en tension d'une disposition psychique marquée par une forme de perméabilité à l'environnement. »*<sup>70</sup> La disponibilité, que nous rapprochons arbitrairement de la présence professionnelle, s'inscrit comme cette faculté à observer le besoin, la demande du patient et à se préparer à y répondre. Elle nous semble ne pas pouvoir être entendue sans se rapporter à une autre fonction, celle *protectrice* qui se « *situe du côté de la réponse aux impacts négatifs de certains effets de la maladie et en particulier de ceux qui viennent exposer la personne. Cette exposition non souhaitée peut prendre différentes formes, que ce soit en terme de vulnérabilité, de rupture dans la continuité des besoins de base, d'exposition ou de surexposition du à une conduite victimaire, ou encore à l'évaluation erronée des perceptions ou des relations à l'autre. »*<sup>71</sup> Effectivement, la fonction protectrice, secondaire à la disponibilité, est également sollicitée puisqu'elle vise à apporter la réassurance nécessaire au patient. *Réponse aux impacts négatifs*, tels que la contrainte, elle laisse poindre la vulnérabilité de l'autre souffrant. Elle s'exécute ainsi dans la fonction contenante que nous avons exploré et qui se décline comme « *un espace d'accueil qui s'appuie lui-même sur la continuité et la permanence des soins hospitaliers, permettant la réception d'expressions de souffrance. »*<sup>72</sup>

Ces trois fonctions (disponibilité, protectrice et contenante) sont pour nous essentielles dans la compréhension des rapports entre soin et contrainte puisqu'elles viennent rendre visible l'intervention infirmière dans la prise en charge des patients contraints. C'est en effet par leur faculté à accueillir la demande de soin que les infirmiers garantissent une ébauche de réponse qui se concrétise dans leur compétence à protéger le patient par leur action contenante. C'est en ce lieu que nous pensons pouvoir apporter une méta-fonction que nous nommerons fonction d'étayage. Par étayer, nous entendons cette capacité à soutenir quelque chose ou quelqu'un, à en être la base, la preuve. Si par ailleurs « *on peut dire qu'en France et dans les pays francophones, la toile de fond conceptuelle sur laquelle reposent les pratiques ou les théories des pratiques de la psychologie clinique est la métapsychologie psychanalytique »*<sup>73</sup>, le terme d'étayage tant dans sa définition que dans sa généalogie nous permet de corroborer notre hypothèse. En effet, emprunté à Freud, le terme d'étayage sera repris par R.Kaës qui décrit quatre types d'étayage, dans son article *Etayage et structuration du psychisme* :

---

<sup>70</sup> *Ibid.*, p.153

<sup>71</sup> *Ibid.* p.162

<sup>72</sup> *Ibid.*, p.210

<sup>73</sup> CICCONE Albert, *op.cit.*, p.12

- l'étayage sur le corps : On rejoint ici l'ensemble des pratiques de soins primaires, l'aide aux gestes de la vie quotidienne, mais aussi l'action de contenir le corps agité.
- l'étayage sur le moi : Dans cette perspective, l'infirmier participe à reconnaître les fonctions cognitives de l'autre, souvent peu considérées quand on pense à la maladie psychique. Par l'étayage sur le moi, on entend la reformulation du symptôme, la relation d'aide où le patient peut observer qu'il est encore capable de relation et de communication.
- l'étayage sur la mère : Nous l'avons montré à l'aube de ce travail, l'infirmier incarne cette posture métaphorique de la mère aimante, celle qui *prend soin* mais aussi celle qui pose les limites, l'autorité parentale que la contrainte représente quand elle dira du trouble du comportement qu'il n'est pas conforme à la vie sociale.
- l'étayage sur le groupe : L'infirmier est souvent confronté aux propos du patient qui s'interroge sur ce qu'il fait au milieu d'autres patients, parfois à la présentation plus altérée (rappelons que depuis la circulaire du 15 Mars 1960, l'orientation d'un patient est classiquement relative à son lieu d'habitation et pas à la spécificité de sa clinique) : « Je n'ai rien à faire au milieu de ces gens-là », « je ne suis pas comme eux », sont ces phrases assez itératives qui, plus qu'une attaque gratuite à l'encontre d'autrui sont des demandes de réassurance. La fonction infirmière a alors pour objet de reformuler la demande de soins malgré une population diverse qui partage pour seul point commun, outre leur code postal, de nécessiter des soins.

Il nous semble ainsi que l'on retrouve dans ce concept d'étayage l'ensemble des fonctions de l'informel que nous avons retenu. Ceci nous permet de conclure à une thèse qui répondra à notre problématique initiale : **La lisibilité de l'informel que nous avons menée ici éclaire la connaissance de la fonction étayante qui permet de penser contrainte et soin dans un espace de soins, au prisme de l'observation infirmière elle-même amendée par ses caractéristiques dynamique et clinique.** L'étayage s'inscrit pleinement dans la pratique de l'informel puisqu'il est lui-même un geste soignant non repéré comme acte programmé. Pourtant, il est un principe fondamentalement soignant qui permet de rendre compte des pratiques du prendre soin. « *Les patients qui entrent à l'hôpital ne viennent pas seulement y déposer une plainte ou une maladie particulière. Ils viennent chercher dans l'espace de soin l'étayage qui leur fait défaut. Un malade est en effet quelqu'un dont les capacités internes et externes d'étayage sont dépassées. L'adaptation, la régulation et l'utilisation des capacités d'étayage que l'hôpital est à même d'apporter à ces patients constituent donc une des missions fondamentales du soin global.* »<sup>74</sup>

---

<sup>74</sup> MORASZ Laurent, PERRIN-NIQUET Annick, BARBOT Catherine, MORASZ Clémence, *L'infirmier en psychiatrie*, Paris, Masson, 2012, p.78

L'étayage répond dès lors au processus dynamique du *prendre soin*, puisque s'appuyant initialement sur une compréhension de la demande, il s'aboutit dans la qualité d'une réponse, individualisée au patient.

Il faut bien avouer qu'à première vue nous étions plutôt sceptique sur l'utilisation de cette théorie des fonctions de l'informel qui peut être critiquée pour sa division et son compartimentage des actions du rôle infirmier, là où le *prendre soin* se caractérise par son holisme du modèle de l'individu. Sans remettre en cause les jalons que cette recherche infirmière dépose sur le chemin de la (re)connaissance professionnelle, il nous semble que le *prendre soin* s'étiolo dans cette théorie des fonctions qui abrase la singularité de la relation soignant/soigné. De fait, nous privilégions, au cours de notre travail, considérer l'étayage comme la structure atomique du soin infirmier en psychiatrie. C'est, selon nous, à partir de ce principe informel que se construit la spécificité du soin infirmier en psychiatrie. Toutefois, comment au travers de celui-ci entendre et valoriser la singularité de la rencontre ?

## 2- La créativité infirmière ou le supplice de Sisyphe

La pratique du soin infirmier, nous l'avons vu, s'accomplit dans la relation soignant-soigné, quels que soient l'informalité du lieu, la fugacité de l'instant ou la teneur du propos. Ce qui apparaît de manière évidente, c'est que cette relation est nécessairement singulière, toute relative aux acteurs de celle-ci et aux paramètres qui en dessinent les contours. Chaque relation de soin est alors paradoxalement à la fois évanescence, c'est à dire qu'elle ne s'inscrit dans aucun code, qu'elle est terriblement inscrite dans une durée, et à la fois ancrée avec plus ou moins d'épaisseur dans la biographie de ceux qui l'ont vécue. Les différentes scènes de soin que nous avons présentées au cours de notre travail ne sont ainsi pas que des exemples, c'est à dire des faits antérieurs racontés pour prêter à sourire et qui illustreraient notre propos avec de la légèreté, elles sont avant tout des exemples, entendus alors comme modèles qui servent ensuite de référence à notre pratique. Le professionnel que nous sommes aujourd'hui s'est construit à partir de ces situations et il y a fort à parier que notre parcours aurait considérablement varié au gré d'éventuelles autres rencontres.

Ce que nous souhaitons retenir ici, c'est que la pratique du soin ne peut être exclue de sa composante individuelle qui vient en renforcer la vitalité. De même, dans la pratique de l'étayage que nous avons présentée comme paradigme de l'exercice clinique infirmier en psychiatrie, c'est l'individuation de la réponse qui est patente. Tous ces éléments nous invitent alors à penser que la création du lien est subordonnée à la création du soin. De même, la créativité est promue dans les soins infirmiers alors qu'elle n'est pas nomenclaturée comme acte de soin. De quelle créativité parle-t-on ? Que nous enseigne la fonction créativité dans la théorie de l'informel ? Comment en rendre compte de manière métaphorique ?

Il apparaît à cet instant nécessaire de préciser que nous sommes amenés à dispenser des enseignements intitulés « la créativité » aux futurs professionnels en formation, en collaboration avec des professionnels du théâtre. Il s'agit, au cours de ces enseignements de mettre en scène (le théâtre n'est jamais très loin...) des situations fictionnelles, pas nécessairement en lien avec le monde de la santé, où les étudiants incarnent un rôle et doivent rapidement s'adapter à une situation pour la tourner à leur avantage. Ces situations, directement inspirées des situations de négociations de traitement médicamenteux (situations assez courantes, quand un patient refuse son traitement, arguant qu'il n'en a pas besoin alors qu'il est en obligation de soins), outre leur intérêt spéculatif, encourage le futur professionnel à affirmer sa posture et son savoir-faire. Est-ce à dire que la créativité peut-être approchée comme un objet pédagogique académique ? Peut-elle être cernée au-

delà de la relation soignant/soigné dans laquelle elle s'inscrit nécessairement ? L'improvisation est-elle fondamentalement inscrite dans une démarche créative ?

Nous pourrions effectivement dans un premier temps épeler le concept de créativité dans sa polysémie. Créer, c'est autant inventer que produire, improviser que concevoir, innover que fabriquer. D'emblée, tout laisse à penser que la créativité ne peut être exclue de ce à quoi elle précède, la création. Cette relation de réciprocité, comment l'explorer au prisme du soin infirmier en psychiatrie ? Nous pourrions dans un premier temps nous référer à la recherche infirmière menée sur l'informel, maintes fois mentionnée jusqu'alors. Il s'agirait alors de considérer que « *cette fonction (la fonction créativité) rassemble l'ensemble des initiatives personnelles ou groupales des infirmiers, en situation de soins, dans ou hors interactions avec le patient. Elles s'appuient sur l'affirmation de compétences qui se déploient dans la zone d'autonomie du travail infirmier. Elle peut être de nature relationnelle, organisationnelle, décisionnelle, et touche au savoir-faire mobilisé autour de la question du « comment » on aborde une situation donnée. La créativité se définit comme la capacité du ou des professionnels à créer, produire des idées neuves, réorganiser des éléments, combiner. Elle constitue la fonction mère la plus renseignée lors du traitement des séquences d'observation. (...) Plus que toute autre, la fonction créativité, s'affirme comme centrale dans le cadre du déploiement du rôle propre infirmier.* »<sup>75</sup> Nous en retiendrons en premier lieu qu'il s'agit ici de la fonction la plus renseignée, celle qui aurait ainsi le primat sur les autres. L'examiner ici à part entière n'est donc pas un contre-sens, il s'agit bien de faire ressortir la substantifique moelle de la fonction infirmière en psychiatrie dans son autonomie. Tout d'abord, afin de caractériser cette fonction créativité, nous pouvons observer qu'elle se déploie dans le champ de compétences individuelles ou groupales. Rappelons qu'en effet le métier d'infirmier en psychiatrie s'exerce, le plus souvent, en équipe. Ce qui est interrogé ici dans la créativité, c'est alors la dynamique groupale de celle-ci. Comment s'exerce l'autonomie infirmière au sein d'un groupe ? Quelle loi la circonscrit ?

Le groupe en psychiatrie revêt une importance particulière dans le soin en psychiatrie puisque c'est au pluriel qu'il se conjugue. Pluridisciplinarité, Etayage sur le groupe, dynamique de groupe, la notion de pluriel teinte le soin en psychiatrie en plusieurs endroits. Nous nous interrogeons ainsi sur la mise en acte de la créativité par l'infirmier au sein du groupe. Nous abordons alors principalement la relation duelle soignant/soigné, quand pourtant soignant peut

---

<sup>75</sup> LANQUETIN Jean-Paul, TCHUKRIEL Sylvie, *op.cit.*, p.178

désigner plusieurs individus. Toutefois, nous avons montré plus tôt que l'individu en psychiatrie n'est pas substituable, ce qui caractérise aussi le soin infirmier en psychiatrie. Cette relation s'actualise alors plus précisément dans une relation un soignant/un soigné, où les deux partenaires sont désignés. La créativité infirmière s'aborderait alors dans une unité de lieu et de temps, subordonnée à son unité relationnelle. De même quand la création est d'ordre groupal, il s'agit bien d'une relation un groupe/un patient. Comment survivent alors les deux pôles de la créativité, individuelle et groupale ? Quand un infirmier inaugure une activité créative, comment celle-ci ne met-elle pas en péril la notion de groupe ? S'interroger sur cette relation individu/groupe en psychiatrie n'a rien d'anodin puisqu'elle prémunit du risque du clivage. Mécanisme de défense primaire pour les individus psychotiques, le clivage vise à séparer en deux parties la réalité extérieure, projection d'un clivage intérieur latent. Ainsi, pour un patient, il s'agirait alors de considérer un soignant comme bon parce que permissif, un autre comme mauvais objet, frustrant puisque discontinu, contradictoire. Réfléchir dans la perspective du groupe apparaît alors pour l'infirmier psychiatrique comme un impératif catégorique qui conditionne le déploiement de sa créativité. En effet, la continuité des décisions groupales dans l'initiative individuelle favorise la permanence du soin et lutte contre le morcellement et l'ambivalence. Plus qu'un souci de simple loyauté à l'égard du groupe constitué, la subordination au groupe est d'intérêt clinique. Cette thèse s'opère dès lors dans la construction de la créativité infirmière qui peut être caractérisée en ses termes : En psychiatrie, la créativité infirmière est cohérente avec l'organisation groupale, laquelle est définie par sa congruence avec son projet de prendre soin, en opposition à une réponse en miroir de l'éclatement psychique des patients. Mais alors, quel est le produit fini de cette créativité ?

Parler de créativité peut paraître à première vue assez abstrait pour quiconque n'exerce pas le métier infirmier en psychiatrie. Pourtant, redisons-le, la créativité est promue comme la première fonction dans l'entreprise de formalisation de l'informel. Nous sommes effectivement les premiers à revendiquer l'attractivité de notre métier pour son aspect créatif. D'accord, nous créons du lien avec les patients, d'accord, nous créons du soin pour répondre à leur demande, mais qu'est-ce que cela signifie concrètement ? Quand avons-nous pu dire qu'à cet instant nous avons été créatifs ? Un exemple nous vient spontanément en tête et pourrait ici étayer notre propos. Il était un patient rencontré au début de notre carrière professionnelle, psychotique de son état, chronicisé dans la vie institutionnelle puisque justifiant de plusieurs décennies d'hospitalisation complète à temps plein au sein de la même unité. En somme, un homme à la vie à première vue brisée, enkysté dans une routine hospitalière qui lui offrait peu de perspectives d'avenir si ce n'est celle d'une retraite



confortable dans un lieu adapté et moins hospitalier même si ses troubles du comportement compromettaient une sortie prochaine de l'institution psychiatrique. Un homme duquel il allait falloir prendre soin pendant plusieurs semaines, mois, années. Finalement, ce qui semblait pouvoir mettre fin à notre prise en charge serait une mobilité institutionnelle de notre part... Chaque matin, le même refrain rythmait la rencontre avec ce patient qui allait spontanément s'opposer aux soins d'hygiène sommaires que nous allions lui proposer, compte tenu de son déficit dans la représentation de son propre schéma corporel. C'est finalement la connaissance des habitudes de ce patient qui nous permettaient de rendre ce soin moins contraignant pour lui. Progressivement, la relation évoluant alors vers une certaine confiance réciproque, il nous était possible d'anticiper le même soin du lendemain. C'est ainsi qu'un jour, afin de garantir la continuité du consentement du patient, nous lui proposons de signer un contrat que nous avons rédigé en bonne et due forme et qui l'engageait à accepter les soins d'hygiène chaque matin. Le patient engagé, il devenait alors acteur de sa prise en charge et n'endossait plus ce rôle passif qu'il avait progressivement glané au gré de ces nombreuses années de présence institutionnelle. Les quelques jours de renoncement, de plus en plus rares, le contrat qu'il avait lui-même signé (pour l'anecdote, il avait signé Abraham Lincoln à qui il s'identifiait de manière délirante lors de la signature de chacun de ses documents administratifs) lui était présenté et visait à objectiver sa prise en charge, évinçant un mécanisme de clivage devenu impossible, le patient ne pouvant plus projeter sa labilité décisionnelle dans la volonté du soignant. Ce contrat faisant son temps, il a été un élément facilitant la prise en charge primaire du patient, qui, aujourd'hui, soit plusieurs années après, a pu quitter l'établissement psychiatrique pour une charmante maison de retraite ardéchoise où son état est stable et où il ne pose pas de difficulté, ni relationnelle, ni comportementale. De cet exemple qui n'est pas une simple anecdote, nous pouvons en tirer plusieurs conclusions. Même si nous n'avons pas la prétention de penser que cet exemple est un archétype de créativité, il nous semble que nous pourrions en tirer un certain nombre d'enseignements : On observe que là encore, une initiative individuelle est mise au service du projet plus global puisque groupal du prendre soin, envers lequel elle se rend cohérente. Par ailleurs, s'il faut le rappeler, la contrainte (les termes du contrat) est utilisée au bénéfice d'un geste soignant (le soin primaire). Ce qui est créé, nous pourrions alors postuler que c'est un outil facilitateur de la prise en charge du patient qui répond à un de ses besoins fondamentaux, nécessairement inscrit dans la dynamique du prendre soin qui en dessine les contours éthiques. Cet outil, résultat d'une créativité autonome, n'est pas nécessairement matériel (une réponse à une question est elle-même créative puisque sujette à l'autonomie du sujet, elle répond à besoin du patient), et peut être emprunt d'une certaine prise de risque par son aspect novateur. Et si pourtant

« rien ne se perd, rien ne se crée, tout se transforme », qu'est ce que l'infirmier en psychiatrie détourne pour prendre soin ?

S'en tenir strictement au célèbre adage prêté injustement à Lavoisier qui a lui-même transformé la pensée du philosophe antique Anaxagore, signifie-t-il que la créativité infirmière est un leurre ? S'il ne demeure qu'un processus de transformation, qu'est-ce qui est copié puis réapproprié ? Il semble que parler de la créativité regorge de ces biais que nous présentions succinctement dans la polysémie du terme. Réinterpréter ce que nous avons qualifié de créativité au profit d'une capacité à transformer introduit un nouveau questionnement qui viserait cette fois-ci à se demander quel est le modèle qui est soumis à transformation. Dans ce cas précis, l'inventivité, l'adaptabilité, bref, la créativité, seraient alors des entreprises d'assimilation de copie d'une certaine notion transcendante du prendre soin. Si copie il y a, quel est le modèle ? Il nous semble que c'est dans le processus de formation des infirmiers en psychiatrie que nous pouvons trouver une première réponse qui nous permette alors de contester une telle affirmation. Notre propre expérience de formation, tant en tant qu'étudiant infirmier qu'en tant que stagiaire auprès d'enseignants dans un institut de formation en soins infirmiers, nous a montré que c'est la formation par les pairs qui est promue dans le processus pédagogique. Cette forme de transmission généalogique s'accompagne-t-elle d'une transformation du savoir ? L'infirmier expérimenté est-il ce modèle de créativité ? On assisterait dès lors à une mise en abîme du concept de créativité qui, s'il est une copie, serait l'héritage d'un héritage, lui-même hérité d'un héritage, etc... Pourtant, nous l'avons vu, la créativité n'est viable que si elle se rapporte au prendre soin, lui-même inscrit fondamentalement dans une biographie. La créativité n'est ainsi pas un phénomène transcendantal, elle est une occasion de restituer positivement l'identité individuelle dans la pratique professionnelle. S'il y a copie, c'est celle d'une certaine image du prendre soin propre à l'appareil psychique individuel intégrée ensuite dans une perspective professionnelle qui nous autorise à la mettre en acte. La créativité, nous l'avons vu, laisse la porte ouverte à la transgression, à l'imprudence, à la mise en péril, mais est avant tout sujette à la diversité des situations cliniques dans lesquelles elle s'exerce. Elle ne peut donc pas être copiée selon le principe de singularité des problèmes cliniques que nous avons eu l'occasion de présenter. Si transformation il y a dans l'acte de créer, c'est transformation d'une représentation en une pratique mise en mouvement par la relation soignant/soigné. Comment rendre alors compte de ce mouvement perpétuel de renouvellement du soin ?

Pour en parler, nous pensons pertinent de convoquer une figure mythique qui illustre autant qu'elle éclaire notre propos. Bien que la découverte plus tôt dans notre cursus universitaire de la

figure de Sisyphe avait laissé émerger une ébauche de réflexion, il serait ici bien malhonnête de revendiquer la primauté de cette approche métaphorique. C'est effectivement lorsque nous avons assisté à une conférence assurée par le Docteur E. Venet intitulée alors « *Sisyphe et nous* » que notre raisonnement s'est structuré<sup>76</sup>. Alors que ce séminaire visait à enrichir la pratique en psychiatrie en dévoilant ses intrications mythiques, l'interlocuteur principal s'est attaché à établir un parallèle entre la pratique en psychiatrie et la figure de Sisyphe. Personnage de la mythologie grecque, il a bien entendu été popularisé par A. Camus qui l'a rendu célèbre dans son essai *Le mythe de Sisyphe*. Si bien entendu nous nous intéresserons au mythe et à la lecture philosophique qu'en propose Camus, arrêtons nous d'abord sur le personnage de Sisyphe<sup>77</sup>.

Protagoniste de la mythologie grecque, il apparaît dans la littérature de plusieurs auteurs antiques. Il occupe notamment une place prépondérante dans l'*Iliade* d'Homère où sa biographie est retracée. On y apprend notamment qu'il est fils d'Eole et qu'il deviendra roi de Corinthe. Pourtant, ce n'est pas tant sa lignée renommée ni son titre honorifique qui en feront un personnage célèbre. D'abord décrit comme plutôt espiègle, il parvint à démasquer son vil voisin qui avait pris cette fâcheuse habitude de lui extorquer différents animaux de son troupeau. C'est par une astuce plutôt malicieuse que Sisyphe parvint à rendre public le forfait qu'il subissait. Certaines rumeurs mythologiques racontent alors que Sisyphe, pour se venger, devint l'amant de la fille de son voleur, et que de cette union adultère naquit le héros non moins mythique Ulysse. Plus tard, alors bâtisseur de la cité de Corinthe, il se rapprochait des Dieux desquels il dévoila certains secrets aux communs des mortels. Il n'en fallut pas moins pour qu'il soit puni d'un tel parjure et que le dieu de la mort, Thanatos, se rendit à Corinthe pour accompagner le héros dans son châtement éternel. Toujours aussi roué, Sisyphe profitait alors de la présence du Dieu pour lui faire essayer sa dernière invention qui, si l'on s'en tient à la description mythologique, ressemblait trait pour trait à des menottes. Privé du dieu de la mort, la population s'accroissait et devenait éternelle, ce qui déséquilibrait considérablement la balance démographique, la Terre trop étroite pour accueillir toute cette population et le royaume des morts n'étant plus assez nourri des âmes des défunts. Agacé, le dieu des Enfers vint lui même chercher Sisyphe pour l'accompagner dans sa dernière demeure, mais, par une nouvelle pirouette, le héros qui nous intéresse trompait à nouveau la mort. Un conseil divin convoqué expressément, s'éprouvant disqualifié, condamna Sisyphe à une peine apparemment pire

---

<sup>76</sup> C'est avec d'autant plus de fierté que nous revisitons son intervention ici puisque nous avons eu le loisir d'en discuter avec lui. En outre, ce travail dans sa globalité est aussi le fruit d'une collaboration longue de plusieurs années et il n'aurait probablement pas existé sans cette rencontre professionnelle qui a grandement participé à la stimulation de notre réflexion.

<sup>77</sup> DOMMERMUTH-GUDRICH Gerold, *Mythes, les plus célèbres mythes de l'humanité*, Zwicken, La Martinière, 2004

que la mort. Il s'agissait alors pour *le plus rusé d'entre les Hommes* (expression utilisée par Homère pour décrire Sisyphe) d'être contraint à faire rouler une pierre au sommet d'une montagne sans ne jamais l'atteindre, la pierre dévalant la pente sitôt que le héros subit le poids de l'énorme rocher qui le projette vers le bas. Le supplice de Sisyphe, devenu expression courante, symbolise cette quête éperdue, ce travail forcené et fondamentalement absurde. En quoi les infirmiers en psychiatrie peuvent-ils être comparés à Sisyphe ?

En premier lieu, des éléments biographiques nous mettent sur la piste d'un rapprochement pertinent entre notre héros et notre sujet d'étude. Nous l'avons vu, Sisyphe doit sa gloire à sa roublardise, son sens aigu de l'observation de même que les infirmiers valorisent leur profession au travers de leur fonction de créativité. Si ce n'est pas un dieu qu'il s'agit de tromper mais plutôt de contourner des défenses pathologiques, l'adaptabilité est là aussi requise. Finalement, échapper à Thanatos puis à Hadès ou négocier un traitement absolument nécessaire, ne s'agit-il pas dans les deux cas de se prémunir d'une issue fatale ? Là aussi, il s'agit bien de plaider, d'argumenter, de détourner, de sublimer. Capables de tromper la mort, Sisyphe comme le professionnel de santé sont ces individus animés fondamentalement par cette pulsion de vie et qui sont parcourus de cette essence vitaliste de lutte contre la mort... Au moins un autre élément biographique retient notre attention et mérite d'être exploité : Nous l'avons dit, Sisyphe est le créateur mythologique des menottes. Enchaîner Thanatos, n'est-ce pas là aussi contenir physiquement ce qui met fin à la vie ? Quand les contentions en psychiatrie sont utilisées dans les cas extrêmes de décompensation grave et donc les formes les plus aiguës de la maladie, les infirmiers n'éloignent-ils pas le destin funeste promis au malade en crise ? Enfin, et sans transition, nous ne pouvons nous empêcher de faire un parallèle entre la promulgation des secrets divins par Sisyphe et cette fâcheuse image qui colle à la peau des professionnels hospitaliers, à savoir l'intrication profonde vie privée/exercice professionnel. Quiconque a déjà regardé une série télévisée inspirée des habitudes hospitalières, quiconque a déjà travaillé au sein d'une équipe soignante, connaît ces légendes transmises sur les divulgations de secrets, de rumeurs d'adultère qui viendraient compromettre la sérénité de l'institution. La lecture mythologique de la culture infirmière en psychiatrie à partir de Sisyphe s'épèle jusque dans l'intimité de celle-ci.

Le supplice de Sisyphe mérite tout autant qu'on s'y intéresse en profondeur. S'il ne nous appartient pas de dresser un procès aux infirmiers en psychiatrie, c'est davantage à la nature de la peine que nous consacrons notre examen. Cette analyse s'appuie ici sur l'oeuvre de Camus que nous avons précédemment citée. Alors que notre réflexion s'inaugurerait autour d'une exploration de créativité, le philosophe romancier français écrit que « *dans cet univers, l'oeuvre est alors la chance*

*unique de maintenir sa conscience et d'en fixer les aventures. Créer, c'est vivre deux fois. »*<sup>78</sup> La créativité serait ainsi l'occasion d'une projection de soi. Malgré l'absurdité prégnante de la vie que défend Camus, la création, elle aussi absurde, ouvre la possibilité au créateur de s'adonner à la contemplation. Elle est alors une source de plaisir non négligeable qui permet de dire de soi. Pourtant, comment penser le plaisir dans la répétition des situations, comment penser l'accomplissement de soi dans la présomption d'un échec ? Ainsi, ces patients psychotiques chroniques avec lesquels les soignants travaillent sur des projets au long cours que pourtant les patients mettront en échec, réclamant dès le lendemain la réalisation d'un nouveau projet lui aussi promis à un destin illusoire ; ainsi, ces patients éthyliques venant réclamer, alcoolisés, chaque soir, un sevrage de leur addiction alors que nous leur rappelons, chaque soir, qu'il s'agirait d'un soin programmé et non d'un soin qui se réalise dans l'immédiateté ; ainsi, ces jeunes adolescents aux parcours marqués par l'abandon et la maltraitance incapables de demander des soins sans s'exprimer autrement que dans le passage à l'acte auto-agressif ; ainsi, ces patients au profil déficitaire qui, malgré les différentes tentatives d'approche bienveillante du corps soignant, se montrent intolérants à la frustration et agressifs physiquement à l'égard des professionnels présents annihilant toute ébauche de relation ; ainsi, tous ces patients qui poussent toujours plus loin les limites de l'expression pathologique et qui amènent les professionnels en psychiatrie à s'interroger sur leur sens clinique, sont ces monolithes que les infirmiers en psychiatrie sont condamnés, chaque jour, plusieurs heures durant, à accompagner des tréfonds de la maladie vers ce sommet qui leur permettrait de sortir de ces logiques de répétition. Pourtant, l'infirmier en psychiatrie, comme Sisyphe « *juge que tout est bien.(...) Chacun des grains de cette pierre, chaque éclat minéral de cette montagne plein de nuit, à lui seul forme un monde. La lutte elle-même vers les sommets suffit à remplir un coeur d'homme. Il faut imaginer Sisyphe heureux »*<sup>79</sup>, comme l'infirmier peut l'être. En somme, , nous ne savons pas si Sisyphe était infirmier, mais pour terminer en paraphrasant les termes employés par E.Venet, il est certain que les acteurs de la psychiatrie *sont tous des Sisyphe*.

Ce rapprochement esthétique entre la créativité infirmière et l'oeuvre mythologique interroge dès lors la dimension épistémologique de notre travail. Si le soin infirmier en psychiatrie s'accomplit dans une entreprise créatrice, cette discipline spécifique est-elle un art ou une science ? S'agit-il alors de se positionner dans le même registre que W.Hesbeen, promoteur d'un art infirmier

---

<sup>78</sup> CAMUS Albert, *Le mythe de Sisyphe*, Gallimard, 1942, p.130

<sup>79</sup> *Ibid.*, p.168

et qui regrette que la discipline pourrait être « *frappée du sceau de l'amateurisme, de l'à peu près, du flou qui caractériserait une production artisanale ? L'art irait à l'encontre du professionnalisme et du processus qui conduirait à plus de reconnaissance sociale. Celui-ci nécessiterait une référence plus scientifique, moins ambiguë que celle de l'art.* »<sup>80</sup> Peut-on décemment penser que l'art et la science sont si cloisonnés qu'il n'y a pas de perméabilité entre les deux ? Peut-on envisager, à la manière dont Canguilhem étudie la spécificité de la médecine, que le soin infirmier en psychiatrie puisse être *un art au carrefour de plusieurs sciences* ? Il semble effectivement que demeure un effet de distorsion entre d'une part une exigence de rigueur scientifique qui conditionnerait une reconnaissance sociale et d'autre part un exercice quotidien qui relèverait plutôt de l'expérience, de la rencontre nécessairement singulière. De plus, si on a pu penser que la science répondait à première vue à des exigences d'objectivité et d'universalité, nous avons pu voir au décours de ce travail que le soin infirmier en psychiatrie n'était pas une donnée figée mais bien une discipline en mouvement qui évolue au gré de la réponse qu'elle doit apporter tant au niveau individuel qu'à la mission sociale qui lui est conférée. Résiste dès lors systématiquement un impératif contingent qui, plutôt qu'opposer science et art comme le ferait Hesse, enrichit l'un avec l'autre. On peut aller plus loin encore et dire qu'il y a des valeurs extra-épistémiques en science, c'est notamment la pensée de T.Kuhn que l'on qualifiera de constructiviste. Pour lui, la science est un ensemble de pratiques et elle est déterminée par un ensemble de processus sociaux et institutionnels. A partir de ce précepte, nous pouvons endosser une posture spéculative et se poser la question suivante : Dans quelle mesure l'évolution des besoins de santé en psychiatrie contribue-t-elle à la construction d'une nouvelle profession infirmière dans cette discipline ?

---

<sup>80</sup> HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital*, Paris, Masson, 1997, p.96

### 3- Perspectives d'avenir du soin infirmier en psychiatrie

Notre travail a débuté avec une archéologie du métier d'infirmier en psychiatrie. Ce que nous en retenons, c'est qu'il s'agit d'une discipline ostensiblement liée aux mutations sociales qui elles-mêmes conditionnent l'évolution de la spécialité psychiatrique. A partir de ce postulat, ne pourrions-nous pas adopter une attitude au carrefour de l'anticipation et de la spéculation qui nous permettrait de prédire l'avenir du soin infirmier en psychiatrie ? Les rapports entre soigner et contraindre peuvent-ils évoluer et dans quelle mesure pourraient-ils impacter la profession infirmière ? En outre, nous savons que la profession infirmière (rappelons qu'il existe un diplôme unique et polyvalent qui permet aujourd'hui d'exercer dans toutes les disciplines du soin) dispose de quatre spécialisations nécessitant des études complémentaires au-delà de la formation initiale. Ainsi, des infirmiers peuvent aujourd'hui devenir des spécialistes de la puériculture, d'autres prétendre à exercer la profession d'infirmier anesthésiste, tandis que d'autres se consacrent à l'exercice du bloc opératoire. Enfin, la dernière spécialisation possible pour les infirmiers est celle de cadre de santé, profession encore bien différente puisqu'elle privilégie les aspects managériaux et pédagogiques à la sensibilité clinique. Dans le même temps, nous avons montré toute la spécificité à exercer en psychiatrie pour un infirmier. Dans quelle mesure ne pourrait-on pas revendiquer une spécialisation dans le vaste champ de la santé mentale ? Quelles en seraient les conditions ? Précisons toutefois que l'examen que nous tendons à mener ici relève de l'analyse philosophique et ne saurait faire office d'une quelconque revendication militante...

Pour commencer, rappelons les éléments les plus récents qui cadrent la profession infirmière en psychiatrie. Si les infirmiers disposent d'un diplôme d'Etat polyvalent réglementant l'exercice de leur fonction, depuis 2009, l'obtention de celui-ci affiche l'équivalence d'une licence universitaire, pour une même durée de cursus. Dès lors, les spécialisations disposent d'une équivalence Master, sans toutefois qu'un doctorat soit encore possible. A première vue, nous pourrions poser une question comme la suivante : La spécificité du soin psychiatrique ne pourrait-elle pas légitimer un Master infirmier diplômant et qualifiant ? Formulé de cette manière, il semble pourtant que le problème soit pris à l'envers et que réclamer une telle perspective serait faire preuve d'un argument d'autorité, ne justifiant pas la nécessité d'une telle avancée. En effet, si aujourd'hui la psychiatrie peut répondre à sa mission sans des infirmiers davantage qualifiés, quel serait l'intérêt de déployer des enseignements supplémentaires pour cette profession ? Ce que nous avons montré à l'aube de notre enquête épistémologique, c'est que l'ensemble de la discipline psychiatrique, y compris le

soin infirmier, s'est construit en regard d'une réponse à apporter aux besoins sociétaux. Les identifier nous autoriseraient alors à spéculer sur ce que pourrait être l'évolution de la psychiatrie et montrer, s'il y a lieu, quelles pourraient être les compétences se distinguant de la pratique habituelle qui pourraient être requises.

Nous le disions en introduction, le nombre des hospitalisations sous contrainte est en constante augmentation, resserrant davantage le lien entre soigner et contraindre. Comme si, la balance entre les deux pôles historiques de la psychiatrie avait tendance à s'équilibrer, voire même à pencher à nouveau du côté du pôle coercitif. Comme si, cette tentative désespérée de s'arracher à la stigmatisation était vaine. Comme si, le métier d'infirmier polyvalent n'était qu'un essai artificiel de rapprocher deux professions trop éloignées pour cohabiter sous le même diplôme. Comme si, finalement, on inventait du soin incertain alors que la seule nécessité est celle de revenir à un processus d'exclusion de ceux pour qui la raison est défaillante. Les dernières réformes institutionnelles tendent à témoigner d'une évolution dans ce sens, comme le montre la multiplication des unités de soins à tonalité coercitive, pour ne pas dire carcérale : Création des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour accueillir les patients écroués qui souffriraient de troubles psychiques, développement des unités pour malades difficiles (UMD), dans lesquels les délais d'admission sont de plus en plus longs, qui accueillent les patients dont la prise en charge est une succession d'échecs souvent marquée par des conduites hétéro-agressives,... Nous nous posons ainsi la question de savoir en quoi ce changement de cap institutionnel modifie la profession infirmière en psychiatrie. D'une psychiatrie de secteur qui a eu tendance à permettre l'extériorisation du soin infirmier, ne revient-on pas à une pratique davantage hospitalo-centrée axée autour d'une préoccupation sécuritaire ?

La sémiologie psychiatrique aussi riche que diverse s'inscrit elle-même dans une démarche intégrative, mettant sans cesse à jour ses descriptions nosologiques, comme le montrent les révisions fréquentes du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*<sup>81</sup>. Ainsi, des états ont pu être considérés comme pathologiques et relevant des préoccupations de la santé mentale et ont ensuite été déclassés (on pense notamment à la polémique autour de l'homosexualité, répertoriée comme maladie mentale dans la nosologie psychiatrique jusqu'en 1973) alors que d'autres états, non référencés auparavant, font leur entrée dans la classification des maladies comme par exemple le deuil, le *désordre d'humeur explosive* (crises de colère répétées de l'enfant) ou

---

<sup>81</sup> Pour approfondir une analyse critique du DSM, on pourra lire DEMAZEUX Steeves, *Qu'est ce que le DSM ?*, Paris, Ithaque, 2013



d'autres conduites jusqu'ici non reconnues comme problèmes cliniques. D'expérience d'infirmier régulateur dans un service d'urgences psychiatriques, c'est un ensemble d'états qui à première vue semble appartenir à la vie courante qui pourtant justifie un recours à la médicalisation : Ainsi, de très jeunes adolescentes fraîchement séparées d'un amoureux rencontré quelques jours auparavant dans la cour de récréation de leur établissement scolaire ; ainsi, des hommes surmenés parce qu'occupant un poste professionnel avec d'importantes responsabilités et engagé dans de nombreuses obligations professionnelles ; ainsi, de jeunes enfants capricieux à l'idée de voir leurs parents se déchirer comme pour leur dire que la séparation parentale les effraie ; ainsi, des individus sans abri parfois prêts à dire combien ils sont sous l'emprise d'idées délirantes sans même savoir ce que cela signifie, mais qui justifieraient selon eux un temps d'observation, manière détournée de réclamer un endroit chaud où dormir ; sont toutes ces personnes qui cherchent dans le soin une psychiatrisation de leur existence. Ce qui semble poindre, c'est que le moindre désajustement de la linéarité du cours de la vie justifie un recours à une prise en charge psychiatrique. Pour l'infirmier, il y a ici lieu de *prendre soin* sans *faire des soins*, de soigner sans guérir, de prêter une oreille attentive sans faire appel à une technicité acquise. Qu'est-ce qui conditionne cette mutation ? Quelles sont les transformations socio-culturelles actuelles qui modifient le soin infirmier en psychiatrie ?

Sans aucun doute, la société se réinvente en permanence et fixe de nouvelles configurations de son organisation. Ceci explique sans doute là-aussi en quoi la psychodynamique garde tout son intérêt dans le paysage de la réflexion psychiatrique. En effet, c'est d'abord par sa caractéristique dynamique qu'elle est efficiente, parce qu'elle permet de mettre en mouvement la pensée clinique au rythme des évolutions socio-culturelles. Parmi elles, deux principales retiennent notre attention et méritent que le soin infirmier s'y intéresse. D'abord, il nous apparaît absolument nécessaire de redire que le *prendre soin* s'apparente à une prise en charge de l'individu dans toutes ses dimensions, biologique, sociale et culturelle. Aussi, *prendre soin* d'un patient, c'est également *prendre soin* de ses aidants naturels, le plus généralement les membres de la famille proche, impliqués le plus souvent dans l'expression pathologique de leur proche. Il ne s'agit pas ici de leur attribuer un tort (on ne se situe pas dans le déterminisme psychanalytique de la responsabilité du lien mère-enfant dans le développement de l'appareil psychique), mais davantage d'admettre que la cellule familiale joue un rôle important dans l'explication psychodynamique du trouble. Ainsi, c'est la compréhension du modèle familial qui est nécessaire au *prendre soin*, en témoigne l'anamnèse réalisé auprès du patient. Plus généralement, cela signifierait alors qu'il appartient au soin infirmier en psychiatrie, parce qu'elle est une caractéristique psychodynamique, de prolonger sa réflexion

autour de la famille. En outre, nous pourrions convoquer le philosophe Pierron qui écrit que « *face à la radicalité de ceux qui affirmaient que, dans la famille, sexes et rôles domestiques sont de nature, il est possible a contrario de montrer que ce sont des constructions sociales, et seulement des constructions sociales.* »<sup>82</sup> Dès lors, nous pourrions imaginer que les infirmiers en psychiatrie devraient être davantage sensibilisés à la thèse d'une construction sociale de la famille et qu'il n'en existe pas un modèle reproductible. Familles nucléaires, adoptives, mono-parentales, recomposées, monogenres, sont ainsi chacune dépositaire de caractéristiques spécifiques qui sont autant de paramètres indissociables d'une compréhension exhaustive du problème clinique qui engendre un *prendre soin* singulier.

D'autre part, le deuxième volet que nous souhaiterions examiner, deuxième mutation sociale importante pour le soin infirmier en psychiatrie, est celle de la migration. Aujourd'hui, les infirmiers en psychiatrie sont de plus en plus souvent confrontés à des rencontres avec des patients porteurs d'une clinique toute aussi douloureuse que l'est leur biographie, celle que nous regrouperons sous le titre clinique de *post-traumatic stress disorder*<sup>83</sup> (*PTSD* ou *syndrome de stress post-traumatique*). Ce tableau clinique particulier, relatif à la réminiscence de vécus traumatiques auxquels le patient a été exposés, est aujourd'hui de plus en plus fréquent. Il se manifeste par des troubles du sommeil et de la concentration, un vécu persécutif parfois à mécanisme hallucinatoire, une humeur dépressive,... S'il n'appartient pas exclusivement aux patients migrants de développer un PTSD (N'importe qui peut développer un syndrome de stress post-traumatique après avoir été agressé ou menacé), c'est le plus fréquemment chez des patients ayant fui des régimes dictatoriaux persécutoires que l'on rencontre cette déclinaison nosologique. L'approche d'un patient souffrant de PTSD nécessite alors beaucoup de précaution pour l'infirmier ; en effet, la réalisation d'un geste invasif est vite perçue comme particulièrement intrusive, quelle que soit l'attitude infirmière, elle pourra susciter de la méfiance,... Dès lors, intégrer de manière davantage systématique des enseignements complémentaires relatifs au vaste champ de l'ethnopsychiatrie serait sans doute bénéfique aux patients, qui pourraient être davantage entendus dans la spécificité de leur biographie. Riches de ces hypothèses, nous pouvons affirmer qu'une sensibilisation aux mutations sociales pourrait pleinement s'inclure dans une spécialisation infirmière en psychiatrie puisqu'elle concourrait à optimiser le *prendre soin* dans sa caractéristique pluridimensionnelle.

---

<sup>82</sup> PIERRON Jean-Philippe, *Où va la famille ?*, Les liens qui libèrent, 2014, p.108

<sup>83</sup> American psychiatric association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.). Washington, DC, 2013, p.271

Dans son article « *Des pistes pour un master infirmier en psychiatrie* »<sup>84</sup>, M.Tortonese entend montrer la nécessité de développer une spécialisation de la profession infirmière en psychiatrie. Il s'agirait, dans ce dispositif, de compléter le métier socle infirmier par des enseignements supplémentaires. Par cette hypothèse, les différents promoteurs d'un master infirmier en psychiatrie espèrent pouvoir combler le déficit médical lié à la désertification des territoires de santé en ajoutant des compétences supplémentaires à certains infirmiers en psychiatrie. On imagine alors qu'ils pourraient mener, en toute autonomie :

- les entretiens d'accueil et d'orientation
- le suivi des patients chroniques
- l'éducation thérapeutique
- la construction de programmes thérapeutiques
- le tutorat de nouveaux professionnels
- l'évaluation des situations médico-légales
- la recherche en soins infirmiers

L'ensemble de ces activités constitue aujourd'hui le champ des pratiques avancées, c'est à dire des compétences supplémentaires non répertoriées dans l'activité de base du métier d'infirmier en psychiatrie. Quelles seraient alors les ressources à mobiliser pour qu'un infirmier puisse accéder à ces pratiques dérogatoires ? La philosophe américaine P.Benner, infirmière de formation, examine dans quelle mesure les infirmiers peuvent prétendre à réaliser ces actes tout en continuant à *prendre soin*. Elle postule ainsi d'une linéarité dans le processus de maîtrise des compétences qui permettraient d'aboutir à la possibilité d'une pratique avancée en soins infirmiers. Selon elle, les infirmiers peuvent gravir différents paliers de l'expertise<sup>85</sup>. De *novice*, l'infirmier devient ensuite *débutant*, puis *compétent* pour devenir ensuite *performant* avant d'accéder finalement au grade d'*expert*. L'écueil dont nous prémunit Benner est alors une confusion entre expert et expérimenté, la pratique expertale n'étant pas équivalente à l'expérience professionnelle. C'est bien l'expertise (critère qualitatif), et non l'expérience (critère quantitatif) qui ouvre la possibilité à la pratique avancée. En normant ainsi la pratique infirmière, Benner lui offre son propre cadre de références autonome qui donne des repères objectifs afin de la qualifier.

---

<sup>84</sup> TORTONESE Michèle, « Des pistes pour un master infirmier en psychiatrie », in *Soins Psychiatrie*, n°277, Novembre/Décembre 2011 - A lire en annexe -

<sup>85</sup> BENNER Patricia, *De novice à expert : Excellence en soins infirmiers*, Paris, Masson, 2003

C'est à partir de notre témoignage en tant qu'infirmier étayé par différentes réflexions, tantôt philosophiques, tantôt inspirées de l'approche professionnelle par compétences, que s'est faite cette analyse spéculative sur l'évolution du soin infirmier en psychiatrie. Nous avons ainsi vu que les différents processus sociaux pourraient légitimement réactiver des mutations pour la profession infirmière, notamment en terme de formation, formation à laquelle notre stage a largement contribué à nous sensibiliser. Pourtant, si la profession infirmière dispose maintenant d'un cadre référentiel autonome, il lui reste maintenant à se structurer. En effet, à l'heure où nous écrivons ces lignes, l'ordre professionnel des infirmiers est menacé par la réforme de la loi de santé qui, dans un de ses amendements, en prévoit la suppression. Naturellement, il n'est pas incertain que la navette parlementaire du texte de loi ne puisse pas réparer ce préjudice considérable aux infirmiers, sans quoi la valorisation du *prendre soin* ferait un bond en arrière.

Si précocement nous nous interrogeons sur un nouveau déséquilibre dans la balance soigner/contraindre, on observe finalement qu'il appartient aux infirmiers de ne pas tomber dans le piège médiatique d'une diabolisation de la maladie mentale. Plutôt que de penser à un virage qui positionnerait la coercition en tête des préoccupations soignantes, nous postulons qu'il s'agit davantage de la réponse que la psychiatrie a voulu donner aux nouvelles expressions psychopathologiques, conditionnées par leur intrication sociale, qui évoluent vers une expression davantage bruyante et perturbatrice. C'est donc, en soi, le sursaut d'une demande de soins qui se veut plus résonnante pour être davantage entendue pour ces patients le plus souvent laissés pour compte. Il appartient dès lors aux infirmiers de valoriser leur savoir-faire du *prendre soin* en subordonnant leur activité de contrainte à celle de l'attention à l'autre souffrant. Ce qui semble essentiel, c'est ainsi de cultiver cette activité de réflexivité afin de rendre sa pratique optimale, car finalement, ce qui compte en premier lieu, c'est le patient, dernier maillon de la chaîne du *prendre soin*.

## Conclusion

Fin d'après-midi estivale, il est aux alentours de dix-huit heures, quelques rayons de soleil éclairent la terrasse dont le sol est jonché de mégots et paquets de cigarettes vides. Dans ce lieu que beaucoup considéreraient comme hostile parce qu'ils ne l'ont jamais visité, plusieurs protagonistes : Cette patiente d'abord, une soixantaine d'années dont quarante passées comme diagnostiquée psychotique disthymique, maquillée outrageusement et qui danse au rythmes des tubes de l'été en revendiquant son bon droit de rester une femme séduisante et pétillante ; à côté, un homme qui vient de souffler ses quarante bougies, sa mère, ambivalente à souhait sur l'état de son fils, lui ayant même préparé un goûter d'anniversaire à cette occasion... Il a la peau rougie par le mélange exposition au soleil et effets secondaires des neuroleptiques. Il enchaine les cigarettes, utilisant la fin de la précédente pour allumer la suivante. De toute façon, il a le droit de fumer dans l'enceinte de l'hôpital, lui qui répète à qui veut l'entendre qu'il est le directeur de l'hôpital et qu'il a créé la loi Evin. Il clame son désir de retourner en unité pour malades difficiles, là où au moins on fait travailler les patients, là où au moins il se sent en sécurité parce que tout est fermé à clé. C'est ce même patient qui, lorsque l'unité de soins était devenue une unité ouverte (c'est à dire que les portes du service étaient ouvertes selon des horaires d'ouverture), s'était exclamé « mais vous êtes fous, tout le monde va rentrer ! ». Enfin, une femme fait timidement son entrée, soutenue par des béquilles, lunettes noires sur le nez, minerve autour du cou, marche hésitante et claudicante. Tous les examens passés ne montrent aucune anomalie, mais elle est formelle, son corps souffre pour elle. Au milieu, un infirmier qui porte une blouse blanche par dessus sa tenue civile déguste une tasse de café. *What else ?* Devant ces corps abîmés par la maladie, ces bouches édentées, ces odeurs mêlant tabac et manque d'hygiène, n'importe qui aurait été sans doute repoussé. Pourtant, lui, il s'y sent bien. Il ne comprend pas que l'on puisse lui répéter, quand il raconte ses journées de travail à ses proches, ces phrases redondantes telles que « ça doit pas être facile tous les jours » ou « moi je ne pourrais pas ». Il ne se sent pourtant pas l'âme d'un super-héros ! Sur cette terrasse, il est disponible pour les patients, prêt à écouter leurs plaintes, leurs réclamations, ou simplement prêts à bavarder avec eux. En faisant cela, gagné par un fort sentiment de liberté, il sait qu'il leur offre un espace où ils peuvent montrer à tous qu'ils sont en vie, alors que le diagnostic de la maladie les a condamnés au silence ou à passer pour fous. Le temps passe vite, il est maintenant dix-huit heures trente, l'heure d'aller dispenser les traitements médicamenteux, de les négocier, d'en rappeler les bénéfices. Là aussi, ce qui compte pour l'infirmier, c'est la liberté dans l'exécution du geste. D'une prescription, il en fait ce qu'il veut du moment qu'elle est réalisée. Cet infirmier-là, à défaut

d'entendre lui aussi qu'il fait "un beau métier" comme les *infirmières* y ont droit, sait qu'il a choisi une discipline dans laquelle il pourra s'affirmer tant en tant que professionnel, qu'en tant qu'individu singulier. Car s'il y a bien une chose qui demeure inaliénable en psychiatrie, c'est que l'incertitude des savoirs, plus qu'un frein, constitue une source inépuisable de richesses.

Incontestablement, le soin infirmier en psychiatrie est une discipline à part entière, qui dispose de savoirs qui lui sont propres et qui se mettent en acte dans une perspective évolutive, au gré des paradigmes plus généraux qui régissent l'organisation de la psychiatrie. C'est ce que nous avons voulu montrer en utilisant le moment du soin dans la contrainte comme significatif puisque paroxystique, tant pour le soignant que pour le patient. Car en effet, si initialement notre ambition était spécifiquement épistémologique, nous avons pu voir qu'une réflexion sur le soin infirmier en psychiatrie ne pouvait se prémunir de son intrication politique, liée aux mutations qui caractérisent l'histoire de la santé mentale et qui favorisent l'éclairage de l'émergence de cette discipline. De surcroît, réfléchir sur le soin infirmier en psychiatrie implique nécessairement des réflexions éthiques, puisque fondamentalement, le *prendre soin* infirmier est une pratique de l'homme sur l'homme, moyennant quoi, toute perspective d'objectivation demeure subordonnée à la pratique clinique.

Dès lors, l'emprise du soin sur la contrainte montre que, pour le patient, une vie demeure possible après l'expérience de la maladie. Une vie toutefois nouvelle, rythmée par l'observance d'un suivi qui vient confirmer la dimension thérapeutique de la fonction infirmière en psychiatrie. A ce titre, il nous semble que nos réflexions pourraient se prolonger dans une dimension moins hospitalo-centrée qui pourrait peut-être mettre l'accent sur de nouveaux aspects du soin. Dans quelle mesure l'extra-hospitalier participe-t-il à l'émergence d'une nouvelle définition du *prendre soin* infirmier en psychiatrie ? Aussi, s'interroger sur les indicateurs de la qualité du soin en psychiatrie serait assurément bénéfique à ses usagers, eux qui en demeurent les seuls évaluateurs légitimes.

## **- BIBLIOGRAPHIE -**

### ❖ Ouvrages

American psychiatric association, *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, Masson, 2003

American psychiatric association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Washington, DC, 2013

BENNER Patricia, *De novice à expert : Excellence en soins infirmiers*, Paris, Masson, 2003

CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 2010

CAMUS Albert, *Le mythe de Sisyphe*, Gallimard, 1942

CICCONE Albert, *L'observation clinique*, Paris, Dunod, 2013

COLLIERE Marie-Françoise, *Promouvoir la vie*, Paris, Masson, 1982

DEMAZEUX Steeves, *Qu'est ce que le DSM ?*, Paris, Ithaque, 2013

DESCARPENTRIES Francis, *Le consentement aux soins en psychiatrie*, Paris, L'Harmattan, 2007

DOMMERMUTH-GUDRICH Gerold, *Mythes, les plus célèbres mythes de l'humanité*, Zwicken, La Martinière, 2004

DIDIER Marie, *Une nuit à Bicêtre*, Gallimard, 2006

ENTHOVEN Raphaël (sous la dir. de), *La folie*, Fayard, 2011

ERASME, *Eloge de la folie*, Mille et une nuits, 2006

FOREST Denis, *Neurosepticisme*, Paris, Ithaque, 2014

FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972

FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975

GIROUX Elodie, *Après Canguilhem définir la santé et la maladie*, Paris, PUF, 2010

GIROUX Elodie, LEMOINE Maël, *Philosophie de la médecine*, Paris, Vrin, 2012

HENDERSON Virginia, *La nature des soins infirmiers*, Paris, InterEditions, 1994

- HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital*, Paris, Masson, 1997
- HUSSERL Edmund, *Méditations cartésiennes*, Paris, Vrin, 2008
- KORN Maurice, *Psychiatrie : Entre éthique et politique*, Cortext, 2009
- KUHN Thomas S., *La structure des révolutions scientifiques*, Flammarion, 2008
- LAPLANCHE Jean, PONTALIS Jean-Bertrand, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2007
- MORASZ Laurent, PERRIN-NIQUET Annick, BARBOT Catherine, MORASZ Clémence, *L'infirmier en psychiatrie*, Paris, Masson, 2012
- PIERRON Jean-Philippe, *Où va la famille ?*, Les liens qui libèrent, 2014
- PIERRON Jean-Philippe, *Vulnérabilité - Pour une philosophie du soin*, Paris, PUF, 2010
- PINEL Philippe, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 2005
- TOSQUELLES François, *Le travail thérapeutique en psychiatrie*, Toulouse, Editions érès, 2012
- WATSON Jean, *Le caring, Philosophie et science des soins infirmiers*, Paris, Seli Arslan, 1998

## ❖ Articles

- BRÛLDE Bengt, RADOVIC Filip, « What is mental about mental disorder ? », in *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, Volume 13, N°2, Juin 2006, pp. 99-116
- CANGUILHEM Georges, « Le cerveau et la pensée », in *Georges Canguilhem Philosophe, historien des sciences*, Paris, Albin Michel, 1993, pp.11-33
- Direction générale de la santé, Rapports d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, « Les patients hospitalisés en psychiatrie sans consentement, repères... », in *Santé Mentale*, n°161, Octobre 2011, p.24
- EYRAUD Benoit, MOREAU Delphine, « Formes et régulations de l'enfermement psychiatrique: de la création de l'asile aux nouvelles unités sécurisées, l'exemple de l'hôpital du Vinatier. », *Cultures & Conflits*, n° 90, Février 2013 , pp. 117-134
- HESBEEN Walter, « Le caring est-il prendre soin ? », in *Perspective soignante*, n°4, Mars 1999, pp. 30-48
- IFOP pour France soir, « Le classement des métiers préférés des Français », in *France Soir*, Le 14 Janvier 2011



OURY Jean, « Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles. », in *VST - Vie sociale et traitements*, n°95, Mars 2007, pp. 110-125

TORTONESE Michèle, « Des pistes pour un master infirmier en psychiatrie », in *Soins Psychiatrie*, n°277, Novembre/Décembre 2011, pp. 26-29

TORTONESE Michèle, CHALANCON Benoit, GAUTHIER Benjamin, MAGNY Florian, « Lever de rideau sur l'improvisation comme méthode », in *Soins Psychiatrie*, n°291, Mars/Avril 2014, pp. 25-29

## ❖ Rapports

BERICHEL Vincent, *L'évolution des modalités de l'exercice infirmier en psychiatrie : Un enjeu managérial pour le Directeur des soins*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Directeur des Soins, Rennes, 2006

LANQUETIN Jean-Paul, TCHUKRIEL Sylvie, *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie*, Rapport final du groupe de recherche en soins infirmiers, 29 février 2012

## ❖ Références numériques

ANSELME Gérard, LANQUETIN Jean-Paul, QUINET Philippe, « Les soins infirmiers en intra-hospitalier », in *Soins Psychiatrie*, n°194, février 1998 [consulté le 15 Décembre 2014], reproduit sur  
<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/hospitalisation-psychiatrie/travail-infirmiere-psychiatrique.htm>

BENDER Thomas, *Historique de la profession des infirmiers en psychiatrie*, [consulté le 26 Janvier 2015]  
<http://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/historique-de-la-profession-des-infirmiers-en-psychiatrie.html>

COLOMBIER Jean, *Instruction sur la manière de gouverner les insensés, et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés*, sur Gallica, 1785 [consulté le 26 Janvier 2015]  
<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k56788m/f1.image>

DELION Pierre, *qu'est ce que la psychothérapie institutionnelle ?* [consulté le 15 Novembre 2013]  
<https://www.youtube.com/watch?v=vB91G3B9Qvs>

GIRAUD Flore, *Les Urgences psychiatriques*, Reportage photo réalisé au Centre Hospitalier Le Vinatier (69) [consulté le 9 Février 2015]  
<http://www.floregiraud.fr/?Hopital-psychiatrique-du-Vinatier>

GRILLET Michèle, *Programme d'études préparatoires au diplôme d'infirmier et d'infirmière de secteur psychiatrique* [consulté le 16 Mars 2015]  
<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/programme/isp.htm>

Haute Autorité de Santé, *Violence hétéro-agressive en psychiatrie : les facteurs de risque et les signes d'alerte à repérer* [consulté le 12 Juin 2015]  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1122030/fr/violence-hetero-agressive-en-psychiatrie-les-facteurs-de-risque-et-les-signes-dalerte-a-reperer](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1122030/fr/violence-hetero-agressive-en-psychiatrie-les-facteurs-de-risque-et-les-signes-dalerte-a-reperer)

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation - Code de la santé publique  
<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000349384>

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge - Code de la santé publique  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&categorieLien=id>

Ministère des affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes, *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015* [consulté le 22 Novembre 2014]  
<http://www.sante.gouv.fr/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015.html>

Organisation Mondiale de la Santé, *définition de la santé de l'OMS* [consulté le 13 Mai 2015].  
<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

Organisation Mondiale de la Santé, *les troubles mentaux* [consulté le 17 Mai 2015].  
[http://www.who.int/topics/mental\\_disorders/fr/](http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/)

VENET Emmanuel, « Sisyphes et nous », in *Les Journées du Vinatier*, 7ème édition, le 12 Juin 2014 [consulté le 12 Juillet 2015]  
<http://www.ch-le-vinatier.fr/espace-multimedia/espace-multimedia-329/journees-du-vinatier-2014-jeudi-12-juin-14h00-16h30-74.html?cHash=d8e8741152c5cf5cb9a455dee05d9e4f>

La présence d'infirmiers dans les hôpitaux psychiatriques est devenue aujourd'hui anodine. Pourtant, l'institution psychiatrique s'est construite historiquement sur deux pôles, d'une part la contrainte, d'autre part le soin, où celui de la coercition a longtemps prévalu. Comment les rapports ont-ils pu s'inverser et faire d'un lieu de réclusion, un espace de soins ? Comment le tissu institutionnel s'est-il approprié ces changements et a pu se réformer ?

Au cours de ce travail, nous nous interrogerons sur la fonction des infirmiers en psychiatrie en nous centrant sur l'examen de la dialectique du soin et de la contrainte à l'hôpital. D'abord considérés comme des « gardiens de fous », ils ont progressivement acquis le statut professionnel d'infirmier psychiatrique, développé en parallèle de la profession infirmière de soins généraux. Ces deux métiers, distincts dans un premier temps, ont évolué à deux vitesses, à partir de paradigmes différents. Encore aujourd'hui, bien que la formation en soins infirmiers ait fixé un socle commun à l'exercice de la fonction infirmière, nous montrerons que les infirmiers en psychiatrie utilisent un cadre de références qui leur est propre et qui définit spécifiquement leur pratique clinique du prendre soin, orientée essentiellement autour de la notion d'informel, qui permet de penser soin et contrainte dans un même espace.

*Mots-clés : Infirmier - Soins infirmiers - Hôpital - Psychiatrie - Contrainte - Prendre soin - Maladie mentale - Spécificité - Informel - Pratique clinique -*

The presence of nurses in psychiatric hospitals is today commonplace. Yet the psychiatric institution was historically built on two poles, first, restraint, on the other hand, care, which was long subordinated to coercion. How the relationship between these two could reverse and make a place of confinement, a care space? How did the institutional fabric appropriate these changes and how could it be reformed?

During this work, we will examine the function of psychiatric nurses by focusing on the review of the dialectic of care and restraint in hospital. First considered as "insane guards", they gradually acquired the professional status of psychiatric nurse, developed in parallel from the general nursing care. These two professions, distinct at first, have evolved dual speed, from different paradigms. Even today, although the nursing education has fixed a common basis for the performance of the nursing function, we will show that psychiatric nurses use an own framework of references and which specifically define their clinical practice of caring, primarily oriented around the concept of informal, which suggests care and restraint in the same space.

*Keywords : Nurse - Nursing care - Hospital - Psychiatry - Restraint - Caring - Mental disease - Specificity - Informal - Clinical practice -*