

Empowerment psychologique
chez les infirmières et infirmiers de secteur psychiatrique français (1969-2000).

Une histoire par le bas.

Benjamin Villeneuve

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa dans le cadre des exigences du programme de
doctorat en Sciences Infirmières

École des Sciences infirmières

Faculté des Sciences de la santé

Université d'Ottawa

© Benjamin Villeneuve, Ottawa, Canada, 2026

Je dédie ce travail aux femmes soignantes et à celles concernées par la maladie, figures emblématiques de ces existences reléguées dans les marges de l'histoire.

Ma pensée va d'abord à celle qui, chaque jour, éclaire ma vie : ma femme, Marie. Tu es mon appui, ma force tranquille. Merci pour ce que tu es à mes côtés, pour ce que tu es pour nos enfants, et pour ce que tu offres aux autres en tant qu'infirmière exceptionnelle. Ce parcours est aussi le tien.

À ma sœur, qui affronte les ombres de la maladie psychique avec un courage sans limite : ton combat m'a inspiré et soutenu dans mes propres moments d'épuisement. À toi aussi, Charlotte, ma petite nièce, dont la lutte silencieuse contre le handicap est une leçon de dignité.

À ma mère, dont la mémoire s'efface peu à peu, mais dont la présence et les enseignements demeurent une source vive de tout ce que j'ai pu accomplir.

À mes amies Jennifer, infirmière libérale sillonnant la campagne, Sylvie, infirmière en gériatrie fidèle compagne d'étude, et Méline, infirmière de bloc opératoire, toutes trois écrivant chaque jour une histoire discrète et trop souvent oubliée du soin.

À Céline, collègue et amie, qui m'a soutenu sans relâche et dont l'engagement m'a donné la force d'avancer. A toi aussi Marie qui a quitté les salles de formation pour combattre ton cancer.

À mes toutes premières collègues ISP, Martine, Pascale et Rosie, qui m'ont transmis le métier et les germes d'un empowerment en devenir. Aux personnes concernées qui ont façonné mon regard et donné sens à mes premiers gestes de soin.

Aux témoins de cette recherche, merci pour vos paroles confiées et pour tout ce que vous avez accompli dans des contextes si peu favorables aux femmes au départ.

À mes deux directrices, historiennes et féministes engagées, dont l'exigence et le regard m'ont guidé dans ce chemin.

Résumé

Cette thèse en sciences infirmières explore le processus d'empowerment psychologique des infirmier·ères de secteur psychiatrique (ISP) en France, entre 1969 et 2000. Inscrite dans un contexte historiographique où la profession infirmière en psychiatrie demeure largement occultée, cette recherche vise à restituer les trajectoires singulières d'ISP en s'ancrant dans l'exemple institutionnel de l'hôpital Sainte-Marie de Clermont-Ferrand. Mobilisant une approche interdisciplinaire articulant l'histoire sociale, la sociologie et la psychologie communautaire au sein des sciences infirmières, elle s'inscrit dans une perspective d'*history from below*, attentive aux formes d'expression subalternes du pouvoir d'agir.

L'enquête repose sur une analyse croisée de récits de vie, d'archives institutionnelles, de documents personnels et de matériaux professionnels issus du terrain. Le cadre théorique de l'empowerment psychologique, tel que formulé par Marc Zimmerman, est mobilisé de manière critique pour analyser les dynamiques d'autonomisation professionnelle élaborées par les ISP dans un contexte institutionnel en mutation profonde au cœur de la politique de sectorisation psychiatrique française.

Les résultats mettent en évidence la diversité, la complexité et la portée historique des stratégies infirmières visant à conquérir une reconnaissance professionnelle, à expérimenter des pratiques cliniques alternatives et à structurer des formes collectives d'organisation autonome. Ces dynamiques, historiquement situées, permettent de nuancer les représentations dominantes d'une profession cantonnée à un rôle d'exécutante, soumise aux logiques médicales et gestionnaires. Par ailleurs, l'étude souligne que la disparition du diplôme spécifique des ISP en 1992 constitue un moment charnière, perçu à la fois comme une perte symbolique d'autonomie et comme une opportunité de recomposition identitaire collective. En interrogeant la fécondité du cadre de l'empowerment psychologique dans le champ spécifique de la psychiatrie infirmière française, cette thèse propose une lecture située, critique et historiquement ancrée du pouvoir d'agir infirmier. Elle contribue à la consolidation d'une histoire infirmière francophone, tout en éclairant les tensions contemporaines liées à la redéfinition du rôle infirmier en psychiatrie.

Mots-clés : histoire infirmière, *history from below*, empowerment psychologique, récit de vie, interdisciplinarité, infirmier de secteur psychiatrique, ISP.

TABLE DES MATIERES

Résumé.....	III
Table de matières	IV
Liste des figures	X
Liste des tableaux.....	XI
Liste des acronymes et sigles.....	XII
Avant-propos.....	XIII
Remerciements.....	XVI
Introduction générale	1
Chapitre 1 – Contexte de recherche	7
1.1 problématique, buts de l'étude, questions de recherche	7
<i>1.1.1 Problématique.....</i>	<i>7</i>
<i>1.1.2 Buts de l'étude</i>	<i>10</i>
<i>1.1.3 Objectifs et questions de recherche</i>	<i>11</i>
<i>1.1.4 Repères méthodologiques et transition vers le contexte.....</i>	<i>12</i>
1.2 Contexte local	13
Chapitre 2 – Historiographie de l'histoire infirmière psychiatrique en France	21
2.1 Historiographie de l'histoire des soins infirmiers : une triple ombre portée	22
<i>2.1.1 Une invisibilité dans l'histoire médicale des médecins</i>	<i>22</i>
<i>2.1.2 Les infirmier.ère.s à l'ombre de l'histoire épistémologique de la médecine....</i>	<i>24</i>
<i>2.1.3 Histoire de la santé et histoire infirmière, une ouverture limitée ?.....</i>	<i>26</i>
2.2 De l'ombre à la lumière, une histoire infirmière dans l'espace francophone	28
<i>2.2.1 Une histoire infirmière par le haut.....</i>	<i>30</i>
<i>2.2.2 Historiographie d'une histoire critique des soins infirmiers</i>	<i>33</i>
<i>2.2.3 Un renouveau historiographique.....</i>	<i>36</i>

2.3 Conclusion du bilan historiographique	38
Article 1	
Brève histoire des infirmiers psychiatriques	41
Chapitre 3– Cadre théorique sur l’empowerment psychologique de Zimmerman	66
3.1. L’empowerment, un concept aussi polysémique que polémique	67
3.1.1 <i>Genèse et fécondité du concept d’empowerment</i>	67
3.1.2 <i>La traduction et la définition de l’empowerment, un choix cornélien</i>	70
3.2 Théorie de l’empowerment psychologique de Zimmerman	73
3.3 Du cadre théorique à l’histoire : le congrès d’Auxerre (1974)	76
Article 2	
Infirmières et infirmiers de secteur psychiatrique en France (1969-1992). Regards croisés sur la naissance d’un groupe professionnel	78
Chapitre 4 – Démarche méthodologique : une approche interdisciplinaire en sciences infirmières pour une histoire par le bas	104
4.1 Désinvisibiliser l’empowerment psychologique : fondements épistémologiques	105
Article 3	
Désinvisibiliser l’empowerment psychologique des infirmiers de secteur psychiatrique	109
4.2 Une méthodologie située : histoire par le bas, histoire orale et récits de vie	114
4.2.1. <i>Écrire à partir du bas : une histoire ordinaire du soin</i>	114
4.2.2. <i>Récits de vie et histoire orale : une méthode située pour penser le soin</i>	115
4.3 Terrain d'enquête et échantillonnage raisonné	117
4.4 L’entretien : construction du guide d’entrevue et déroulé de l’entretien	119
4.5 Conduite des entretiens et posture intersubjective	120
4.6 Méthode d'analyse des entretiens	123

4.7 Codage des sources primaires et intégration dans le texte.....	127
4.8 Collecte et triangulation des sources	128
4.9 Respiration : une pause réflexive méthodologique	131
Article 4	
Au-delà de l'imposture : les voix infirmières et les nouvelles sources de l'histoire	134
Chapitre 5 – Tracer les lignes d'un pouvoir oublié : pratiques et récits du quotidien infirmier à Clermont-Ferrand (1969–2000)	148
5.1 Introduction. Raconter le soin psychiatrique depuis les trajectoires infirmières	148
5.2 Entrer à Sainte-Marie (1968–1992)	149
5.3 L'école dans l'hôpital : entre immersion, formatage et résistances (1969–1992)....	153
5.3.1 <i>Entre les murs : une formation immergée, normée, contournée</i>	155
5.3.2 <i>Les stages comme espaces d'épreuve et d'initiation au soin psychiatrique..</i>	162
5.4 Figures d'autorité et hiérarchies vécues.....	166
5.4.1 <i>Faire ses premiers pas dans l'institution psychiatrique</i>	167
5.4.2 <i>Médecins-chef : entre autorité structurante et figures ambivalentes</i>	172
5.4.3 <i>Les Sœurs : une autorité morale en transition</i>	174
5.4.4 <i>Les Surveillantes laïques : encadrer sans légitimité clinique</i>	178
5.4.5 <i>L'équipe infirmière : entraide, tensions et appartenances</i>	180
5.5 Des gestes contraints aux espaces inventés (1970–1990).....	182
5.5.1 <i>Du geste répété à la présence rassurante (années 1970)</i>	183
5.5.2 <i>Circuler autrement : vers un soin hors les murs</i>	187
5.5.3 <i>Tenir le lien : présence infirmière et soin par la continuité</i>	190
5.5.4 <i>Faire ensemble : ateliers, médiations et réhabilitation en pratique</i>	192
5.5.5 <i>Les séjours thérapeutiques : une autre scène du soin infirmier</i>	195

5.5.6 <i>Accompagner dans le temps</i>	199
5.5.7 <i>Travailler la nuit : isolements, présences et marges du soin</i>	202
5.6 Ce que 1992 vient refermer	204
5.6.1 <i>1992, angle mort d'un basculement professionnel</i>	205
5.6.2 <i>L'identité professionnelle à l'épreuve du temps</i>	214
5.6.3 <i>Reconfigurations infirmières en psychiatrie</i>	220
5.7 Conclusion. Ce que l'histoire fait voir depuis le terrain	225
Chapitre 6 – Cheminer dans le pouvoir d'agir. Un processus d'empowerment psychologique chez les ISP de Sainte-Marie de Clermont-Ferrand (1969-2000)	229
6.1. Prendre place. Premiers gestes d'affirmation et engagements précoces	231
6.2. Construire dans les marges. Invention, soin et cliniques alternatives	234
6.3. Leadership infirmier et dynamiques institutionnelles favorables	238
6.4. Se rassembler pour peser. Mobilisations collectives et structuration politique	241
6.4.1. <i>Le syndicalisme comme espace d'affirmation professionnelle et politique</i> ..	242
6.4.2. <i>Au-delà du syndicalisme : l'éclosion associative comme territoire d'innovation</i>	249
6.4.3. <i>Faire entendre une voix collective. De l'initiative locale à l'ANFIP</i>	255
6.5. Une dialectique de l'autonomie sous condition	261
6.5.1. <i>Paternalisme médical et patriarcat</i>	262
6.5.2. <i>Un pouvoir d'agir différencié. Le genre comme ligne de fracture</i>	265
6.5.3 <i>Le retournement du cadre</i>	269
6.6. Penser, écrire, transmettre. Un empowerment réflexif	272
6.7. Une matérialisation incarnée : l'association Contact	280
Chapitre 7 — Discussion	294
7.1 <i>Écrire depuis les marges : discussion historiographique</i>	295

7.1.1 Une contribution historiographique à l'histoire infirmière	295
7.1.2 Les écritures infirmières non académiques	299
7.1.3 Pour une historiographie inclusive des soins infirmiers	303
7.1.4 Transmettre l'histoire : un enjeu pédagogique et épistémologique	304
7.1.5 Ce que dit l'historiographie.....	306
7.2 Discussion critique des résultats au prisme de l'empowerment psychologique.....	307
Article 5	
« Ils nous ont volé la victoire » <i>L'empowerment psychologique des infirmiers de</i>	
<i>secteur psychiatrique à Sainte-Marie de Clermont-Ferrand (1969–1999)</i>	310
Conclusion générale.....	337
Bibliographie générale.....	344
Appendice 1 : Codage des verbatims et extraits d'entretiens des témoins	375
Appendice 2 : Codage des sources primaires	451
Appendice 3 : Les lettres de permission	457
Appendice 4 : Bibliographie des écrits profanes infirmiers	463
Appendice 5 : Courrier aux membres de l'amicale des anciens	465
Appendice 6 : Guide d'entretien semi-structuré.....	468
Appendice 7 : Certificat Ethique de Recherche (CER)	474
Appendice 8 : Courrier type de consentement éclairé aux témoins.....	477
Appendice 9 : Guide d'analyse.....	471
Appendice 10 : Lettre d'accord de la direction de l'établissement Sainte-Marie....	480
Appendice 11 : Lettre d'accord archives départementales du Puy-de-Dôme.....	482

Appendice 12 : Tableau des quatre programmes de formation initiale	484
Appendice 13 : Diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique.....	487

Liste des figures

Figure 1. <i>Psychological empowerment</i> (Zimmerman, 1995).....	75
Figure 2. « Bulletin de paye étudiant ISP »	151
Figure 3. « Vue aérienne du site de Sainte-Marie de Clermont-Ferrand	154
Figure 4. « Bulletin de présentation de la formation ISP à l'école de Clermont-Ferrand » ..	155
Figure 5. « Vue générale de l'hôpital Sainte-Marie du Puy-en-Velay Photographie »	160
Figure 6. « Diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique »	166
Figure 7. « Plan d'ensemble DE Sainte-Marie de l'Assomption de Clermont-Ferrand »	169
Figure 8. « Tableau du personnel soignant. Rapport d'activité 1960	171
Figure 9. « Le départ des sœurs de l'Hermitage »	177
Figure 10. « Dossiers médicaux , observation infirmière»	200
Figure 11. « Diplôme d'état d'infirmier de secteur psychiatrique »	213
Figure 12. « Manifestations infirmières de 1973 sur Clermont-Ferrand »	243
Figure 13. « Bulletin syndical CFDT numéro 1 Chronique de Sainte-Marie »	246
Figure 14. « Article <i>Murs d'asile</i> Bulletin syndical CFDT numéro 0 »	248
Figure 15. « Revue <i>Dérive</i> »	250
Figure 16. « Sommaire du compte-rendu de stage de l'ANFIP	257
Figure 17. « Revue institutionnelle 5000 »	275
Figure 18. « Chapeaux »	279
Figure 19. « Le foot favorise le dialogue »	283
Figure 20. « Specials olympics »	285
Figure 21. « Le sport adapté auvergnat fier de ses champions »	287
Figure 22. « L'Auvergne bien représentée »	288
Figure 23. « Le Mont Blanc vaincu »	289
Figure 24. « Une ascension, mais aussi un défi »	289

Liste des tableaux

Tableau 1. Douze leviers contemporains pour le soin infirmier en psychiatrie nourris par l'histoire	336
---	-----

Liste des sigles et acronymes

AERFIP : Association pour l'étude et le rôle de la formation de l'infirmier psychiatrique

AERLIP : Association pour l'étude et la rédaction du livre blanc de la psychiatrie

AESPA : Association des Équipes Soignantes Psychiatriques d'Auvergne

ANFIP : Association nationale française des infirmiers et des infirmières en psychiatrie

CEFIEC : Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres

CEMEA : Centre d'entraînement aux méthodes d'éducation actives

CFDT : Confédération française démocratique du travail

CGT : Confédération générale du travail

CNP : Collectif national de psychiatrie

DGS : Direction Générale de la Santé

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

FO : Force ouvrière

FNI : Fédération nationale infirmière

IDE : Infirmier diplômé d'état

ISP : Infirmier de secteur psychiatrique

URHN-NHRU : Unité de recherche en histoire du nursing/Nursing history reserach unit

UNASIIF : Union Nationale des Syndicats Autonomes des Infirmiers et Infirmières de France

VAP : Validation d'acquis professionnels

Avant-propos

Cette thèse contient cinq articles scientifiques : deux ont été publiés, trois ont été acceptés pour publication dont un sous presse. Conformément aux exigences de l'Université d'Ottawa pour les thèses par articles, les lettres de permission de reproduction des éditeur·rices sont regroupées en annexe (Annexe 3). Cette annexe inclut les autorisations officielles pour les articles publiés, les confirmations d'acceptation pour ceux sous presse, ainsi qu'une preuve de soumission pour l'article en cours d'évaluation.

Article 1 : Brève histoire des infirmiers psychiatriques

Auteur : Villeneuve Benjamin

Statut : Publié

Référence complète : Villeneuve, B. (2022). Brève histoire des infirmiers psychiatriques. In M. Combret, D. Friard, J. Lanquetin, & B. Villeneuve (dir.), *Les infirmiers psychiatriques au cœur du soin. Analyses socio-historiques et entretiens avec des professionnels* (pp. 13-26). Paris : Séli Arslan.

Description de l'apport de l'auteur : Ce chapitre, publié dans un ouvrage collectif, a été entièrement rédigé par l'auteur. Il constitue une production originale intégrée à la présente thèse.

Article 2 : Infirmières et infirmiers de secteur psychiatrique en France (1969-1992). Regards croisés sur la naissance d'un groupe professionnel

Auteur : Villeneuve Benjamin

Statut : Sous presse

Référence complète : Villeneuve, B. (sous presse). Infirmières et Infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) en France (1969-1992) : Regards croisés sur la naissance d'un groupe

professionnel. In A. Klein & M.-C. Thifault (dir.), Prendre soin de la folie : Les infirmières et infirmiers psychiatriques dans le monde francophone (pp. xx-xx). Presses de l'Université Laval.

Description de l'apport de l'auteur : Ce chapitre, sous presse, dans un ouvrage collectif, a été entièrement rédigé par l'auteur. Il constitue une production originale intégrée à la présente thèse.

Article 3 : Désinvisibiliser l'empowerment psychologique des infirmiers de secteur psychiatrique

Auteur.res : Villeneuve Benjamin & Marie-Claude Thifault

Statut : publié

Référence complète : Villeneuve, B., & Thifault, M.-C. (2025). Désinvisibiliser l'empowerment psychologique des infirmiers de secteur psychiatrique. *Soins Cadres*, (158), 36-40.

Description de l'apport de l'auteur : Premier auteur a rédigé l'article et a effectué les corrections selon les commentaires des réviseurs.

Article 4 : Au-delà de l'imposture : Les voix infirmières et les nouvelles sources de l'histoire

Auteur : Villeneuve Benjamin

Statut : à paraître

Référence complète : Villeneuve, B. (à paraître). Au-delà de l'imposture : Les voix infirmières et les nouvelles sources de l'histoire. In S. Richelle & A. Klein (dir.), *Les archives et leurs effets sur l'histoire de la santé*. Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.

Description de l'apport de l'auteur : Ce chapitre, accepté dans un ouvrage collectif, a été entièrement rédigé par l'auteur. Il constitue une production originale intégrée à la présente thèse.

Article 5 : « Ils nous ont volé la victoire ». *L'empowerment psychologique des infirmiers de secteur psychiatrique à Sainte-Marie de Clermont-Ferrand (1969–1999)*

Auteur : Villeneuve Benjamin

Statut : accepté

Référence complète provisoire : Villeneuve, B. (2025). « Ils nous ont volé la victoire ». *L'empowerment psychologique des infirmiers de secteur psychiatrique à Sainte-Marie de Clermont-Ferrand (1969–1999)*. *Recherche en Soins Infirmiers*.

Description de l'apport de l'auteur : Premier et seul auteur, a rédigé l'article.

Remerciements

Ma reconnaissance la plus profonde va d'abord à mes deux directrices de thèse : Marie-Claude Thifault professeure titulaire à l'école des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa et Aude Fauvel professeure ordinaire à l'Université de Lausanne (UNIL). Vous n'avez pas seulement accompagné ce travail : vous l'avez rendu possible et en avez garanti l'exigence scientifique. Lorsque mon parcours paraissait incertain, l'une s'est battue pour faire reconnaître mon dossier et permettre mon admission au doctorat ; l'autre m'a accueilli les bras ouverts au Canada lorsque les portes semblaient définitivement se refermer ailleurs. À vous deux, je dois un enseignement d'une très grande qualité, une exigence juste, ainsi qu'un accompagnement d'une générosité remarquable, où se sont conjuguées guidance méthodologique, ouverture théorique et soutien constant. Sans vous, pas de thèse ; grâce à vous, malgré mes faiblesses, j'ai pu trouver et affirmer ma voix de chercheur. Ma reconnaissance est immense.

Je remercie l'Université d'Ottawa, la faculté des sciences de la santé et l'école des sciences infirmières pour le soutien financier boursier exceptionnel qui a rendu ce parcours possible, pour la valeur accordée à mon objet de recherche ainsi que pour l'appui institutionnel ayant porté ce doctorat, en m'accueillant comme chercheur étranger. Au-delà des moyens, votre confiance a assuré les conditions de réalisation et de diffusion de ce travail. J'exprime aussi une gratitude particulière à Dave Holmes, dont l'enseignement en théorie et en philosophie m'a particulièrement marqué : il a ouvert des horizons décisifs et m'a transmis une exigence intellectuelle qui restera fondatrice.

Ma reconnaissance profonde va naturellement à l'Unité de recherche en histoire du nursing et ses différents membres, qui m'ont donné une place, une visibilité et le droit d'essayer, d'échouer, de progresser. Merci en particulier à Alexandre Klein et Sandra Harrison pour leur disponibilité, leur regard attentif et leurs conseils décisifs. Je souhaite

également exprimer ma gratitude à l'Institut des Humanités en Médecine (IHM) de l'Université de Lausanne, qui m'a très tôt accordé un statut de chercheur associé.

Je salue avec force mes mentors « implicites », Dominique Friard et Jean-Paul Lanquetin. Vous avez assuré une filiation discrète mais décisive, faite de compagnonnage, de tuitage et de transmission. Plus qu'une aide ponctuelle, votre présence m'a légué un héritage de méthode et d'éthique — outillage conceptuel, mémoire érudite, attention au terrain, relectures infatigables et critiques constructives — qui a ancré ma posture de chercheur. À Jean-Paul Lanquetin, je dois aussi la rencontre inaugurale des Rencontres de la Recherche en Soins Psychiatrie : ce moment a véritablement lancé ma trajectoire et donné élan à mon engagement. Dans la même veine, ma reconnaissance va aussi à la revue *Santé Mentale* et à sa brillante directrice Isabelle Lolivier, qui m'a offert très tôt un espace d'écriture et de visibilité ; ce soutien a compté, en amont même des validations académiques. Isabelle, Dominique, Jean-Paul je ressens pour vous un mélange d'admiration, de gratitude et d'amitié.

Je remercie chaleureusement mes collègues Jean-Michel Bourelle, Jean-Marie Revillot, Céline Ségard, Sandra Massot, Pascale Dias-Vignand, Guillaume Saucourt et l'ensemble de l'équipe du GRIEPS — ainsi que Patricia Minssieux, directrice, Olivier Michel, président et Laurence Duthey-Poinsignon, ma responsable pour votre soutien concret et la souplesse accordée aux moments clés qui ont rendu compatibles les exigences de l'entreprise et celles de la thèse.

Dans mon ancienne institution audoise, comment ne pas souligné l'élan donné par mon collègue et maintenant ami Rémy Klein. Merci de m'avoir élevé et de m'avoir accompagné vers ces nouveaux horizons. Merci mes collègues infirmiers de toujours Cédric et Frédéric avec aussi, ceux du premier jour d'IFSI — Julien et Lionel — pour toutes ces années de soin et d'amitié ensemble, merci d'être encore là. Une pensée à toi aussi Jean-Christophe compagnon de route du début de cette aventure académique.

À Jean-Michel Poitre, ancien infirmier de secteur psychiatrique de Clermont-Ferrand, je dois plus qu'un appui : une lumière. Dès le début de cette recherche, ta présence a été un phare. Ton engagement, ta mémoire et ta générosité ont guidé ma route. Jamais cette recherche n'aurait pu prendre cette épaisseur sans toi. Merci tellement.

Je formule également une pensée appuyée aux témoins de cette recherche pour la confiance de leurs récits : vos voix donnent à ce travail sa nécessité. Je remercie également la direction de l'établissement Sainte-Marie et les Archives départementales du Puy-de-Dôme : l'accès aux sources, la confiance accordée et la patience dans le temps long de la recherche ont permis que l'histoire se déploie avec ampleur.

Sur le plan personnel, merci Marie, mon épouse, mon ancre et ma lumière. Merci pour ton amour, pour ce que tu es à mes côtés, pour tout ce que tu as assumé sans jamais le montrer ou me le faire sentir. Cette thèse porte ton empreinte autant que la mienne. Merci mes enfants, mes deux garçons, pour votre maturité exceptionnelle et votre compréhension immense face à mes absences. Je vais me rattraper c'est promis. À mon père, ancien instituteur et inlassable relecteur : ta patience, ton œil minutieux sur la ponctuation et les fautes, et ton exigence ont épuré mes textes jusqu'à leur justesse. Merci aussi à ma famille, mes amis, qui ont supporté mes silences et mes manques, tenant la place quand je n'y étais plus. La fraternité ou l'amitié, la vraie, se tisse aussi dans ces vides.

Enfin un clin d'œil appuyé à mes partenaires associatifs de l'ADRpsy, à Florence Policard, Seli Arslan, Stéphane Trégouët et à mes collègues doctorants pour les encouragements fraternels et les échanges qui font avancer. Merci à toutes celles et ceux que je n'ai pas cités mais dont la présence discrète, le geste, la parole ou le soutien silencieux ont compté, recevez ici l'expression de ma gratitude profonde.

Introduction Générale

En 2025, en France, une génération de professionnel·les¹ du soin psychiatrique s'apprête à quitter la scène active. Les dernier·ères infirmier·ères de secteur psychiatrique (ISP), formé·es selon un cursus spécifique à la discipline, atteignent l'âge de la retraite. Avec cette génération s'éteint une filière initiée en 1973 et interrompue en 1992, dont la portée historique a été durablement reléguée aux marges des discours institutionnels, telle une « province oubliée », selon l'expression de Dominique Friard (2021, p. 57). Cette disparition, bien que discrète, entre en résonance avec les transformations contemporaines du champ psychiatrique et invite à interroger les continuités et les ruptures dans les pratiques et les savoirs infirmiers.

Formé à la fin des années 1990, dans le cadre du programme unifié issu de la fusion des filières somatiques et psychiatriques, j'ai moi-même intégré le champ psychiatrique comme infirmier dans un établissement spécialisé. Très vite, j'ai été confronté à des gestes, des postures et des discours porteurs d'une histoire récente mais déjà menacée d'oubli. Le décalage entre une formation généraliste — peu sensible aux spécificités du soin psychiatrique — et les réalités du terrain a fait naître un sentiment de déphasage. Ce trouble initial a nourri un besoin de compréhension : comment ces savoirs avaient-ils été construits, transmis, puis progressivement effacés ? Peu à peu, un intérêt pour l'histoire infirmière en psychiatrie s'est imposé, nourri par une expérience de terrain qui, pour finir, dépasse aujourd'hui les vingt-cinq ans, marquée par les soins, l'encadrement et la formation, mais aussi par l'observation des recompositions successives de l'identité professionnelle dans un

¹ Le choix d'une écriture épécène dans ce manuscrit répond à plusieurs enjeux. Il s'inscrit d'abord dans le contexte académique canadien, où les politiques d'égalité et d'inclusion linguistique constituent une norme largement partagée dans les sciences sociales et en sciences infirmières. Il reflète ensuite l'objet de cette recherche : l'histoire d'un groupe professionnel très majoritairement féminin, dont la mémoire a souvent été invisibilisée. Enfin, il participe d'une visée épistémologique et politique, en cohérence avec l'analyse de l'empowerment, qui suppose de rendre visibles à parts égales les infirmières et les infirmiers dans leur trajectoire collective.

paysage en mutation. Rationalisation des soins, normalisation des pratiques, réduction des effectifs, fermeture de lits, désaffectation des postes en hospitalisation : autant de signes d'un glissement vers une standardisation qui, en France, affecte les collectifs, rogne les marges d'initiative et fragilise le sens du métier (Tregouet, 2025 ; *Le Monde*, 4 mai 2024). À un niveau plus profond, ces évolutions révèlent un malaise latent quant à la reconnaissance des savoirs spécifiques au soin psychiatrique et à leur inscription dans des formes instituées de transmission (Friard, 2021, p.58).

C'est dans cette dynamique que s'inscrit la présente recherche, centrée sur les trajectoires des ISP. Il ne s'agit pas seulement de documenter une filière disparue, mais d'en explorer les usages, les engagements, les savoirs et les résistances. À travers les récits professionnels, les archives personnelles, les publications internes ou les initiatives collectives, cette histoire donne à voir des pratiques alternatives, des formes de réflexivité clinique, des tentatives de structuration autonome — autant d'indices épars d'un *empowerment*² infirmier qui méritent d'être reconnus, analysés et remis en discussion. Ces traces, parfois discrètes, révèlent une épistémologie implicite du soin psychiatrique, aujourd'hui marginalisée, mais encore vivace dans les gestes, les mots et les silences de celles et ceux qui l'ont incarnée.

Plutôt que de retracer une chronologie de réformes, cette thèse propose de considérer l'histoire des ISP comme un champ de négociation symbolique, de luttes pour la reconnaissance, de tentatives d'articulation entre clinique, engagement et pensée du soin. Une histoire située, attentive aux marges, qui interroge en creux les tensions actuelles de la profession et les ressources invisibles qu'elle recèle encore. Appliquée à la période contemporaine, cette approche met en lumière combien la réforme du secteur des années

² Le terme *empowerment* est conservé en anglais dans l'ensemble du manuscrit, conformément à la définition théorique présentée dans le chapitre 3. Il est mis en italique uniquement lors de sa première apparition dans chaque chapitre, selon les conventions de l'APA 7.

1970, dans un hôpital a priori ordinaire comme celui de Clermont-Ferrand, a nourri un processus d'empowerment infirmier progressif et hétérogène, loin de l'image d'une révolution soudaine mais fondateur d'une véritable clinique psychiatrique distincte. À l'inverse, l'étude montre que la réforme de 1992 a constitué un tournant brutal : la suppression du diplôme ISP a marqué la fin d'une formation spécifique, tandis que l'essor d'un paradigme gestionnaire et normatif a progressivement infiltré le champ de la santé, accentuant le sentiment d'un processus inversé, fait de perte d'autonomie professionnelle et de mise sous contrainte institutionnelle. En réinterrogeant ce moment, au-delà du simple changement de loi, il s'agira non seulement de revisibiliser une histoire occultée mais aussi de questionner, à partir d'elle, les cadres actuels de la profession et leurs possibles recompositions.

Ce travail doctoral adopte le format par articles, conformément aux possibilités offertes par le règlement des études supérieures à l'Université d'Ottawa. Ce choix repose sur une double ambition : d'une part, favoriser la diffusion des résultats auprès d'un lectorat infirmier français encore peu acculturé à la lecture de thèses monographiques ; d'autre part, contribuer à la reconnaissance scientifique de l'histoire du *nursing* psychiatrique en France, dans un champ disciplinaire émergent et en quête de légitimation académique, en répondant aux exigences croissantes de publication et d'accessibilité des savoirs infirmiers. Ce format s'inscrit pleinement dans le contexte actuel de développement des fonctions en pratique avancée, où les bases de données scientifiques deviennent un outil quotidien de formation, de décision et d'argumentation clinique. Toutefois, cette thèse dépasse les attendus canoniques de ce format en intégrant, au-delà des cinq articles retenus, des chapitres originaux qui assurent une mise en tension analytique et théorique forte de l'ensemble. Sans se limiter à une présentation séquentielle des articles, le manuscrit articule les contributions entre elles à travers une trame réflexive, épistémologique et historique, permettant une lecture

longitudinale et ancrée du processus d'empowerment infirmier étudié. Deux chapitres non publiés, viennent renforcer cette cohérence en proposant une analyse approfondie des résultats empiriques. Cette architecture permet ainsi de conjuguer exigence scientifique, accessibilité et transmission, tout en s'inscrivant pleinement dans les standards de scientificité attendus pour une thèse par articles.

La structure du manuscrit reflète cette visée plurielle. Plus précisément, le chapitre 1 pose les fondements du travail : il expose la problématique générale, les objectifs poursuivis et les questions de recherche. Il présente également le terrain d'étude, en retraçant les spécificités institutionnelles, organisationnelles et humaines de l'établissement qui a été choisi comme cas d'étude — Sainte-Marie de Clermont-Ferrand — replacé dans le contexte plus large des dynamiques régionales et de la ville de Clermont au début des années 1970, au cœur de l'enquête. Le chapitre 2 développe une revue historiographique approfondie. Il met en lumière les angles morts de l'histoire des infirmier·ères psychiatriques dans le contexte français, tout en analysant les tensions disciplinaires, politiques et épistémologiques qui ont contribué à leur marginalisation dans la production historique. Ce chapitre se conclut par l'article I, publié en 2022 chez Seli Arslan (*Brève histoire des infirmiers psychiatriques*), qui propose une relecture synthétique de cette histoire à partir de la littérature existante. Il prolonge ainsi les constats issus de la revue et amorce les dynamiques d'effacement, de recomposition et d'émancipation qui traversent le reste du manuscrit. Le chapitre 3 poursuit l'ancrage théorique avec une analyse conceptuelle de la notion d'empowerment en sciences infirmières, préalable à l'introduction du cadre théorique de Zimmerman (1995) mobilisé dans cette recherche. Ce chapitre vise à situer les apports, les tensions et les usages de cette notion dans le champ disciplinaire infirmier. Il s'achève sur l'article II, publié aux Presses de l'Université Laval en 2025 (*Regards croisés sur la naissance d'un groupe professionnel*), qui revient sur le congrès d'Auxerre de 1974 comme moment inaugural d'un processus collectif

d'empowerment infirmier psychiatrique. Ce texte incarne théoriquement la dynamique explorée dans les résultats. Le chapitre 4 constitue le volet méthodologique. Il s'ouvre sur l'article III, publié en 2025 dans *Soins Cadres* (Désinvisibleiser l'empowerment psychologique des infirmiers de secteur psychiatrique), qui explicite le positionnement épistémologique, la posture de recherche et la stratégie méthodologique adoptées. Le chapitre se poursuit avec une présentation détaillée du protocole, des sources mobilisées et de l'analyse qualitative conduite. Il se conclut par l'article IV, accepté aux Presses de l'Université d'Ottawa « Au-delà de l'imposture » (sous presse), qui développe une réflexion critique sur la posture du chercheur, en montrant comment mes tensions personnelles — notamment liées au sentiment d'imposture — ont été mobilisées comme leviers analytiques et méthodologiques. Les chapitres 5 et 6, constituent le cœur empirique du manuscrit. Le chapitre 5 restitue les trajectoires, pratiques et formes d'engagement des ISP entre 1969 et 2000, en s'appuyant sur une triangulation rigoureuse de sources orales et archivistiques. Il répond à l'un des objectifs centraux de la recherche : documenter, par une histoire incarnée, une expérience professionnelle largement méconnue. Le chapitre 6 propose une lecture analytique des matériaux recueillis à l'aide du cadre de Zimmerman, en articulant les trois dimensions de l'empowerment (intrapersonnelle, interactionnelle, comportementale) avec les obstacles rencontrés dans leur mise en œuvre. Cette analyse permet de comprendre les conditions d'apparition, mais aussi les fragilités et les limites des processus d'autonomisation infirmière en psychiatrie. Enfin, le chapitre 7 engage une discussion générale. Il commence par une mise en perspective historiographique transversale, avant de se prolonger par l'article V, accepté par la revue *Recherche en Soins Infirmiers* « Ils nous ont volé la victoire », qui reprend les grands résultats, leurs apports, leurs limites, ainsi que les implications théoriques, méthodologiques et pratiques pour la recherche et la formation en soins psychiatriques. L'ensemble est complété par des annexes empiriques et méthodologiques (guides d'entretien,

tableaux de codage, extraits d'archives), qui renforcent la transparence et la reproductibilité du travail. Cette architecture vise à conjuguer rigueur scientifique, transmission des savoirs et mise en récit historique d'un pan oublié de la profession infirmière psychiatrique.

Dans la continuité de cette introduction, le chapitre 1 vient poser les jalons analytiques du travail en développant la problématique centrale, les objectifs de la recherche et les questions qui la sous-tendent. Il permet également d'ancrer empiriquement l'étude en présentant le terrain principal de l'enquête — l'établissement Sainte-Marie de Clermont-Ferrand — tout en resituant ce dernier dans son environnement institutionnel, historique et territorial. Cette première étape pose ainsi les fondations théoriques et contextuelles nécessaires à la compréhension du cadre dans lequel s'inscrit l'investigation.

Références

- Friard, D. (2021). *Épistémologie du soin infirmier. De la blouse blanche à la toge universitaire : Un modèle des soins et du travail relationnel en psychiatrie* (1^{ère} éd.). Seli Arslan.
- Lanquetin, J.P. (1999). Le diplôme d'État infirmier, entre éthique et récursivité de la question de la folie. *Soins psychiatriques*, 200, 17-20.
- Le Monde. (2024, 4 mai). *Psychiatrie : « Le manque d'attractivité des postes infirmiers en hospitalisation est criant »* [Tribune]. *Le Monde*.
https://www.lemonde.fr/idees/article/2024/05/04/psychiatrie-le-manque-d-attractivite-des-postes-infirmiers-en-hospitalisation-est-criant_6231532_3232.html
- Tregouet, S. (2025). Pour une clinique de la professionnalité : le malaise dans les soins psychiques. *VST - Vie sociale et traitements*, 166(3), 93-98.
<https://doi.org/10.3917/vst.166.0093>
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment : Issues and illustrations. *American journal of community psychology*, 23(5), 581-599.

Chapitre 1

1.1 Problématique, buts de l'étude, questions de recherche

1.1.1 Problématique. La disparition progressive des infirmiers et infirmières de secteur psychiatrique (ISP), amorcée avec l'arrêt de leur formation en 1992 et aujourd'hui consommée avec les départs à la retraite des dernier·ères d'entre eux·elles, constitue un phénomène à la fois discret et historiquement significatif. Au-delà de l'évolution réglementaire, cette extinction professionnelle interroge la manière dont une mémoire soignante, des savoirs spécifiques et une culture clinique située ont pu être effacés, sans avoir fait l'objet d'un véritable travail de reconnaissance ou de transmission. Elle révèle, en creux, une double carence qui traverse les champs de la santé et des sciences infirmières : une carence historiographique, d'une part, marquée par la marginalisation persistante des infirmier·ères dans les récits de l'histoire de la psychiatrie ; une carence disciplinaire, d'autre part, particulièrement marquée en France, liée à la faible capitalisation des savoirs infirmiers psychiatriques dans les cadres théoriques et formatifs contemporains.

Dans l'historiographie des professions de santé, la place accordée aux ISP reste modeste, souvent réduite à quelques occurrences dispersées, sans véritable analyse de leur rôle ou de leurs savoirs. Alors même qu'ils ont constitué, de manière explicite ou implicite, un maillon essentiel dans la concrétisation de la politique de sectorisation française, leur présence demeure marginale dans les analyses dominantes. Instituée par la circulaire n° 60-60 du 30 mars 1960, la sectorisation visait à territorialiser les soins psychiatriques, à développer des structures de proximité et à rompre avec la logique asilaire (Rubinstein, 2020). Ce virage organisationnel, porté par l'élan de la psychothérapie institutionnelle, s'inscrivait dans un contexte de crise morale profonde, consécutive, entre autres, aux 45 000 décès par inanition survenus dans les hôpitaux psychiatriques français durant l'Occupation (von Buelzingsloewen, 2007). Des figures comme de psychiatres comme les Drs Lucien Bonnafé,

Francesc Tosquelles ou Jean Oury ont cristallisé l’imaginaire d’une psychiatrie en réforme. Pourtant, les infirmier·ères, présent·es à chaque étape de l’opérationnalisation concrète du secteur, sont resté·es en marge de la narration historique (Villeneuve, 2024). Leurs pratiques ont été le plus souvent minorées, fondues dans une catégorie indistincte du collectif pluridisciplinaire dans l’ombre des géants de Saint-Alban. Cette marginalisation historiographique est d’autant plus problématique qu’elle occulte une réalité massive : en 1973, année de la création de la formation ISP, la France comptait près de 38 199 infirmier·ères psychiatriques, chiffre qui s’élèvera à plus de 61 000 en 1988 (Dupeux & Letourneau, 1991). Ce refoulement historiographique n’est pas anodin : il traduit une difficulté structurelle à reconnaître les professionnel·les du soin comme sujets de leur propre histoire, porteurs·euses de savoirs situés, d’expériences cliniques contextualisées et d’initiatives institutionnelles décisives.

En parallèle, ce sont les sciences infirmières en France qui peinent particulièrement à se saisir de cet impensé historique. Si le champ disciplinaire connaît une structuration progressive dans d’autres contextes francophones, en particulier au Canada, par contraste, la situation française demeure caractérisée par une faible institutionnalisation académique, une dépendance persistante aux référentiels médicaux, et une difficulté à produire une histoire proprement infirmière. À cela s’ajoute une fracture persistante, héritée de deux trajectoires de formation historiquement séparées : d’un côté, les infirmier·ères diplômé·es d’État (IDE) formé·es au soin somatique, de l’autre les infirmier·ères de secteur psychiatrique (ISP), avec une formation et une culture professionnelle distinctes jusqu’en 1992. Cette dualité a structuré pendant des décennies deux histoires professionnelles différentes, rarement pensées ensemble. Aujourd’hui, avec l’unification du diplôme, la trace de cette séparation continue de peser sur la reconnaissance des savoirs issus de la psychiatrie, longtemps considérée comme moins technique, moins formatrice, et donc moins légitime aux yeux des instances

académiques (Krzyzaniak & de Miribel, 2016). Cette hiérarchisation implicite contribue à invisibiliser davantage encore les savoirs issus du terrain psychiatrique, en les reléguant hors des grilles de légitimation scientifique usuelles (Sauzeau, 2008 ; Gerard, 1993). Les rares travaux existants sur l'histoire infirmière psychiatrique française restent ainsi souvent descriptifs, non problématisés, ou cantonnés à des approches mémorielles. Une forme de circularité référentielle se développe autour de quelques figures tutélaires, notamment Marcel Jaeger³ (2016a, 2016b, 2017a, 2017b), tandis que l'on continue à s'accrocher, parfois de manière fétichisée, à l'héritage de Jean-Baptiste Pussin (Caire, 1993 ; Juchet & Postel, 2016), figure fondatrice certes incontournable mais surmobilisée dans le discours infirmier. Ce phénomène contribue à figer la pensée et à éviter une exploration plus critique et plurielle de l'histoire infirmière psychiatrique en France. La discipline y souffre d'un manque de conceptualisation critique des trajectoires professionnelles infirmières en psychiatrie, alors même que cette dernière traverse une crise profonde marquée par l'érosion des repères cliniques, la normalisation gestionnaire, et la perte de sens dans l'exercice professionnel (Tregouet, 2025). Cette situation renforce un déficit d'identification collective, dans un contexte où l'histoire pourrait au contraire jouer un rôle structurant dans la consolidation d'une conscience professionnelle et dans l'élaboration d'un discours infirmier autonome.

À cette double invisibilisation s'ajoute une tension contemporaine : les transformations actuelles du soin psychiatrique en France — le déploiement de la pratique avancée, la reconfiguration des collectifs de travail, les pressions normatives croissantes — appellent une lecture rétrospective des formes antérieures d'engagement infirmier. La

³ Marcel Jaeger, sociologue et ancien infirmier de secteur psychiatrique, est aujourd'hui professeur émérite du CNAM (chaire de Travail social et d'intervention sociale ; LISE). Pionnier dès la fin des années 1980–1990 dans l'analyse socio-historique des infirmiers de psychiatrie — *Le désordre psychiatrique* (1981) ; *La psychiatrie en France* (1989) ; cahier VST Garder, surveiller, soigner (1990), réédité en 2016–2017 sous la série « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique » — il a posé les premiers jalons d'une problématisation de la formation, de l'identité et de la place institutionnelle des infirmiers. Sa trajectoire l'a ensuite conduit à quitter le champ sanitaire pour s'inscrire durablement dans le travail social, où il occupe une position académique de premier plan.

trajectoire des ISP, en tant que groupe professionnel formé à la psychiatrie, porteur d'une légitimité clinique spécifique, et acteur de terrain de la sectorisation, constitue à ce titre un poste d'observation fécond. Leur expérience permet de comprendre les conditions d'émergence d'un pouvoir d'agir infirmier, les obstacles rencontrés dans sa structuration, et les formes de résistance ou d'inventivité mobilisées face aux contraintes institutionnelles. C'est à partir de ce constat — celui d'un manque de savoirs construits, théoriquement fondés, et historiquement informés sur l'engagement infirmier psychiatrique — que s'élabore la présente recherche.

Cette thèse vise à documenter les trajectoires d'infirmier·ères de secteur psychiatrique ayant exercé entre 1969 — date de création du titre officiel des ISP (Arrêté du 12 mai 1969) — et 2000, qui marque la fin des mobilisations collectives menées contre la suppression de leur diplôme (Collectif national de psychiatrie, 1996 ; Lanquetin, 1999). Elle s'appuie sur le cadre théorique de l'empowerment⁴ psychologique de Zimmerman (1995) pour analyser les dynamiques individuelles, interactionnelles et collectives ayant contribué, selon les contextes, à favoriser ou freiner l'autonomisation infirmière dans le champ psychiatrique. En prolongeant cette intention générale, la recherche se donne deux buts complémentaires, en réponse directe aux manques identifiés dans la problématique — à la fois historiographiques et disciplinaires.

1.1.2 Buts de l'étude. Cette recherche poursuit deux buts distincts, articulés autour des deux carences identifiées dans la problématique (historiographique et disciplinaire) :

- Le premier but est de combler une lacune historiographique dans l'histoire de la santé et dans l'histoire infirmière française, en documentant la trajectoire d'un groupe professionnel central mais peu étudié. Il s'agit d'éclairer, à partir d'un terrain

⁴ Le terme *empowerment* est conservé en anglais dans l'ensemble du manuscrit, conformément à la définition théorique présentée dans le chapitre 3. Il est mis en italique uniquement lors de sa première apparition dans chaque chapitre, selon les conventions de l'APA 7.

d'enquête localisé à Clermont-Ferrand, le rôle des infirmier·ères de secteur psychiatrique (ISP) dans la mise en œuvre de la sectorisation, en contextualisant leur formation, leur exercice et leur professionnalisation entre 1969 et 2000.

- Le second but est de désinvisibiliser un processus d'empowerment psychologique infirmier, tel qu'il a pu émerger dans les pratiques, les prises d'initiatives et les dynamiques collectives portées par ces ISP. Il s'agit de produire une lecture inspirante, incarnée et informée, susceptible d'éclairer les reconfigurations actuelles du métier et de nourrir la réflexion des générations soignantes contemporaines.

1.1.3 Objectifs et questions de recherche. Ces deux buts se déclinent en deux objectifs spécifiques, chacun adossé à un ensemble de questions de recherche.

Objectif 1 :

- Documenter l'histoire des ISP de Clermont-Ferrand entre 1969 et 2000, en reconstituant leurs parcours de formation et d'exercice, dans le contexte de la mise en œuvre de la psychiatrie de secteur.

Questions de recherche associées :

- Qui étaient ces femmes et ces hommes ?
- Pourquoi avaient-ils choisi cette orientation professionnelle spécifique ?
- Comment se formaient-ils à cette spécialité psychiatrique ?
- Quel était leur rapport au soin, à l'équipe, aux patient·es ?
- Dans quelle mesure ont-ils pu influencer sur la mise en œuvre concrète de la politique de secteur ?

Objectif 2 :

- Identifier les déterminants d'un empowerment psychologique chez ces ISP, tel qu'il a pu se structurer durant leur exercice entre 1969 et 2000.

Question de recherche associée :

- Les ISP étaient-ils engagé·es dans un processus d'empowerment psychologique, de manière individuelle et/ou collective ?

1.1.4 Repères méthodologiques et transition vers le contexte. Cette recherche mobilise une approche interdisciplinaire située à l'intersection de l'histoire sociale de la santé, des sciences infirmières et de la psychologie communautaire. L'étude repose sur une analyse croisée de plusieurs types de sources : des archives institutionnelles, des documents personnels confiés par les témoins, ainsi que des récits de vie recueillis selon les principes de l'histoire orale. Ces récits constituent la forme centrale de recueil mobilisée ici, dans une démarche qualitative et compréhensive. Ce cadre permet de faire émerger des savoirs situés, souvent absents ou marginalisés dans les corpus scientifiques, et d'appréhender les tensions, les ajustements et les formes d'agentivité déployées au quotidien par ces professionnel·les.

Le choix du terrain — Clermont-Ferrand — ne résulte pas d'une exemplarité institutionnelle, mais d'une volonté délibérée de se placer à distance des cas réputés « modèles ». Ce terrain se caractérise par son caractère ordinaire, entendu non pas comme une banalité insignifiante, mais comme un espace propice à l'observation des pratiques discrètes, des ajustements quotidiens et des dynamiques silencieuses qui traversent le soin psychiatrique. L'ordinaire, dans ce contexte, désigne ce qui échappe aux récits dominants, ce qui se joue dans les marges et dans les gestes apparemment mineurs mais porteurs d'expérience. Il s'inscrit ainsi dans une perspective d'histoire « par le bas », en écho aux travaux d'Hervé Guillemain, qui invite à revaloriser les trajectoires discrètes et les expériences professionnelles dans l'historiographie de la psychiatrie (2010). Adossée à cette

posture épistémologique, la méthodologie mobilisée entend rendre compte de la densité historique de l'expérience infirmière à l'échelle locale, sans chercher à produire de généralisation hâtive.

1.2 Contexte local

Au tournant des années 1970, Clermont-Ferrand se présente comme une ville de taille moyenne au cœur de la France, comptant alors près de 138 000 habitant·es (INSEE, 1975). Cette cité auvergnate incarne un pôle administratif, universitaire et hospitalier de premier plan pour sa région, tout en révélant les tensions caractéristiques d'une société française en pleine mutation. Le tissu économique clermontois porte l'empreinte indélébile de l'entreprise de pneumatiques Michelin, dont l'ancrage historique et l'influence sur l'emploi local façonnent profondément l'organisation sociale urbaine. La sociologue André Gueslin identifie dans cette configuration un modèle de régulation sociale typique des villes industrielles de province, empreint de paternalisme (Gueslin, 2001). Ce système d'encadrement s'étend à de nombreux aspects de l'existence quotidienne : logement, loisirs, trajectoires professionnelles, créant un maillage social dense qui structure durablement les parcours de vie des familles clermontoises. Au-delà des frontières urbaines, Clermont-Ferrand exerce son attraction sur des territoires ruraux aux visages contrastés. La Limagne déploie ses terres fertiles, propices à une agriculture intensive en pleine modernisation, tandis que le Livradois, plus isolé, perpétue des pratiques agricoles héritées du passé. Ces espaces géographiques distincts alimentent des flux migratoires vers la ville, particulièrement parmi les jeunes générations qui cherchent à échapper aux contraintes d'un monde rural en lente transformation. L'ensemble compose un territoire où se côtoient élans de modernisation et attachements aux modes de vie traditionnels, dans un équilibre souvent précaire (2001).

Les événements de mai 1968, bien que moins spectaculaires à Clermont-Ferrand que dans des villes comme Paris ou Lyon, témoignent néanmoins d'un contexte propice à

certaines transformations sociales alors en gestation. Le quotidien régional *La Montagne*, dans son édition commémorative de 2018, retrace les manifestations locales de cette période : occupations d'amphithéâtres, arrêts de travail, rencontres interprofessionnelles. Cette mobilisation mesurée témoigne néanmoins d'une politisation diffuse qui traverse la société clermontoise. L'historienne Nathalie Ponsard analyse la manière dont étudiant·es et jeunes ouvrier·ères investissent l'espace public pour contester les hiérarchies sociales et éducatives établies (Ponsard, 2008). La convergence, parfois fragile, entre univers universitaire et monde ouvrier contribue à la réactivation de questions fondamentales touchant à l'émancipation, à la participation citoyenne et à la reconnaissance sociale. Dans cette ville marquée simultanément par des rapports de domination économique et une tradition de réserve politique, ces événements signalent un moment de bascule silencieuse. Les cadres de référence traditionnels commencent à s'effriter, ouvrant la voie à de nouvelles configurations sociales (2008). C'est dans ce climat d'incertitude contenue que s'opèrent également des reconfigurations majeures dans le domaine de la santé mentale. La réforme du secteur psychiatrique, initiée à l'échelle nationale, trouve à Clermont-Ferrand un terrain d'expérimentation privilégié, à la confluence d'un tissu hospitalier développé, d'une tradition religieuse bien ancrée et de l'émergence de nouvelles figures professionnelles.

Dans ce paysage local encore structuré par des logiques d'autorité mais traversé de tensions et d'aspirations nouvelles, l'institution psychiatrique Sainte-Marie se profile comme un second pôle de régulation sociale. À l'instar de Michelin, elle s'impose comme un dispositif de contrôle, mais par des voies distinctes : religieuses, morales et soignantes. Le paysage hospitalier local révèle une répartition claire entre secteurs public et privé : le CHU de Clermont-Ferrand concentre l'offre de soins somatiques, universitaires et spécialisés, tandis que l'hôpital Sainte-Marie, établissement privé, assume historiquement la prise en charge psychiatrique.

Cette dernière institution, longtemps dirigée par la congrégation des Sœurs de Sainte-Marie de l'Assomption depuis sa fondation au XIXe siècle, a joué un rôle déterminant dans la structuration des représentations locales de la folie, de l'internement et du soin. Lieu de protection, de relégation et de normativité tout à la fois, Sainte-Marie occupe une position paradoxale dans l'imaginaire clermontois. Sa visibilité urbaine - implantée en plein centre-ville - contraste avec son isolement fonctionnel hérité du modèle asilaire. Cette ancienneté et cette ambiguïté positionnelle ont nourri des représentations ambivalentes parmi la population clermontoise, oscillant entre respect pour l'institution soignante et méfiance face au lieu d'enfermement. Cette histoire a été richement documentée par l'historien Olivier Bonnet, dont les travaux permettent de comprendre et de situer la complexe genèse de la tradition hospitalière de la congrégation Sainte-Marie de l'Assomption (1997 ; 1998 ; 2005).

L'histoire de l'hôpital Sainte-Marie de Clermont-Ferrand s'enracine dans les bouleversements qui traversent le champ psychiatrique au XIXe siècle, là où se nouent et se dénouent les fils complexes des dynamiques politiques, religieuses et sanitaires. Tandis que la loi du 30 juin 1838 contraint chaque département à créer un établissement public pour les aliénés·es, une initiative alternative germe dans le Puy-de-Dôme, portée par une vision singulière du soin et de l'accompagnement. Cette expérience repose sur un modèle institutionnel original, tissant ensemble les dimensions religieuse, caritative et médicale dans une alliance inédite entre prêtres, médecins et sœurs hospitalières. Au cœur de cette aventure humaine se dresse la figure du Père Joseph-Marie Chiron (1797-1852), prêtre d'Aubenas, dont l'engagement visionnaire façonne les contours de cette institution naissante. Dès les années 1820, il porte un regard indigné sur l'abandon des malades mentaux dans les campagnes et imagine un cadre communautaire de soin fondé sur la charité, la clôture et l'engagement moral (Gandon, 1930). En 1834, il donne naissance à une congrégation entièrement dédiée aux soins psychiatriques, recrutant de jeunes femmes issues du monde

rural qu'il forme à une pratique empreinte de rigueur, d'humilité et de persévérance. Sœur Adelaïde-Bernard qui deviendra Mère Agnès (1801-1839), première supérieure générale, incarne cette vocation soignante au féminin, devenant le visage de cette nouvelle approche du soin psychiatrique (Gandon, 1930). Le premier asile Sainte-Marie prend racine à Privas, dans l'Ardèche, avant qu'un second établissement ne voie le jour à Clermont-Ferrand en 1836, niché sur le domaine du Bois de Cros. Cette implantation clermontoise devient l'un des cinq pôles du réseau Sainte-Marie, qui étend progressivement ses ramifications vers Rodez, Le Puy et Nice. Ce réseau ne s'organise pas selon un pilotage centralisé rigide, mais s'épanouit dans un essaimage structuré par un socle commun indéfectible : discipline spirituelle, engagement auprès des plus démunis, et articulation constante entre soins corporels et encadrement moral. À Clermont-Ferrand, l'établissement s'impose rapidement comme une référence régionale dans un territoire alors peu pourvu en infrastructures psychiatriques. L'asile, placé sous la responsabilité bienveillante des Sœurs de l'Assomption, conjugue l'accueil des indigents, la régulation morale et la mise en œuvre d'un traitement asilaire rigoureux. Pour consolider cet édifice institutionnel, la Société Civile Sainte-Marie de l'Assomption voit le jour en 1840 (Bonnet, 1997 ; 1998). Elle garantit une existence juridique autonome aux différentes maisons, tout en assurant leur conformité aux nouvelles exigences administratives qui se dessinent. Cette gouvernance hybride, naviguant entre les sphères religieuse, associative et hospitalière, traverse les décennies et perdure jusqu'au tournant des années 1970.

La Seconde Guerre mondiale révèle la résilience exceptionnelle de cette communauté soignante. Les Sœurs endossent un rôle décisif dans le maintien du soin malgré les pénuries, les réquisitions et les tensions qui déchirent le pays. Comme le rappelle Bonnet (2005), certaines d'entre elles prennent des risques considérables pour protéger leurs malades, refusant courageusement les injonctions administratives et assurant une continuité de service

dans un climat de peur et de privations. À Clermont-Ferrand comme ailleurs, ces récits héroïques ont gravé une empreinte indélébile dans la mémoire collective : plusieurs témoins rencontrés dans le cadre de cette recherche font encore écho à ces souvenirs transmis oralement, oscillant entre mémoire partagée et légende institutionnelle. L'année 1974 marque une rupture symbolique avec la création de l'Association Hospitalière Sainte-Marie (AHSM), signalant le passage vers une gestion laïque et professionnalisée. Les Sœurs se retirent progressivement de la direction opérationnelle, laissant place à de nouveaux modes de gouvernance. L'institution diversifie alors ses activités, s'ouvrant notamment vers la pédopsychiatrie, les soins de suite et les structures médico-sociales, tout en intégrant les grandes orientations de la sectorisation psychiatrique qui transforment le paysage des soins mentaux. L'établissement, bien qu'ancré en cœur de ville, demeure encore enserré dans une logique fonctionnelle de clôture héritée du modèle asilaire. Il continue d'alimenter des imaginaires locaux puissants, tissés d'une ambivalence persistante entre respect, fascination et crainte.

C'est dans cette sédimentation historique complexe que s'inscrit l'arrivée d'une nouvelle génération de soignant·es à partir de 1969, désormais désigné·es comme infirmier·ères de secteur psychiatrique (ISP). Ce nouveau statut, bien que précédant de quelques années la réforme pédagogique de 1973, inaugure une période de redéfinition progressive des fonctions infirmières en psychiatrie. Il amorce un processus d'acculturation à des référentiels plus professionnels, où s'élabore collectivement une nouvelle grammaire du soin, tissant ensemble gestes quotidiens, engagement relationnel et inscription territoriale. L'enquête doctorale présentée ici se donne pour ambition de documenter cette transition en suivant au plus près les trajectoires de ces professionnel·les à Sainte-Marie de Clermont-Ferrand entre 1969 et 2000, cette histoire institutionnelle ne pouvant être dissociée de son inscription locale profonde. Elle épouse intimement les dynamiques sociales, industrielles,

agricoles et hospitalières propres à Clermont-Ferrand, telles que décrites précédemment, et constitue un observatoire singulier — mais « ordinaire », au sens proposé par Guillemain (2010) — des mutations infirmières qui traversent le champ psychiatrique contemporain. L'analyse se prolonge, en ouverture du chapitre suivant, par une relecture historiographique critique des savoirs existants autour des infirmier·ères de secteur psychiatrique. Ce détour permet de situer les lignes de faille d'un champ encore largement méconnu, et d'ouvrir l'espace dans lequel cette recherche vient s'inscrire.

Références

- Bonnet, O. (1997). L'œuvre du père Chiron : La fondation de la congrégation Sainte-Marie de l'Assomption et son évolution. *Revue du Vivarais*, 103(4), 237-260.
- Bonnet, O. (1998). L'œuvre hospitalière de la congrégation Sainte-Marie de l'Assomption à Clermont-Ferrand : Des origines à 1945. *Bulletin historique et scientifique de l'Auvergne (1933)*, 99(739), 285-321.
- Bonnet, O. (2005). Un réseau en action : Les hôpitaux psychiatriques privés de la congrégation Sainte-Marie de l'Assomption. In F. Cochet (Dir.), « *Morts d'inanition* » : *Famine et exclusions en France sous l'Occupation* (pp. 109–123). Presses universitaires de Rennes.
- Caire, M. (1993). Pussin, avant Pinel. *Information psychiatrique*, 69(6), 529-538.
- France. (1960, 30 mars). Circulaire n° 60-60 relative à l'organisation des soins psychiatriques. *Bulletin officiel du ministère de la Santé publique*.
- France. (1969, 12 mai). Arrêté du 12 mai 1969. *Journal officiel de la République française*.
- France. (1973, 16 février). Arrêté relatif à la formation professionnelle du personnel soignant du secteur psychiatrique. *Journal officiel de la République française, JORF* du 27 février 1973. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000482718>

- Gandon, Z. (1930). *Un bienfaiteur des aliénés au XIX^e siècle : le R. P. Marie-Joseph Chiron, prêtre, ermite, missionnaire, fondateur de la Congrégation des religieuses de Sainte-Marie-de-l'Assomption. Son œuvre philanthropique et charitable en faveur des aliénés (1797-1852)* (Préface de Mgr Hurault). [Auto-édité ou éditeur inconnu].
- Gérard, J.-L. (1993). *Infirmiers en psychiatrie : nouvelle génération. Une formation en question*. Lamarre.
- Gueslin, A. (Dir.). (1999). *Les hommes du pneu : Les ouvriers Michelin à Clermont-Ferrand de 1940 à 1980*. Les Éditions de l'Atelier.
- Guillemain, H. (2010). *Chronique de la psychiatrie ordinaire : patients, soignants et institutions en Sarthe du XIX^e au XXI^e siècle*. La Reinette.
- Jaeger, M. (2016a). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique : 1. L'anti-mythe Jean-Baptiste Pussin. *VST - Vie sociale et traitements*, 131, 104-119. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/vst.131.0104>
- Jaeger, M. (2016b). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique : 2. Personnel laïc et personnel religieux. *VST - Vie sociale et traitements*, 132, 105-115. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/vst.132.0105>
- Jaeger, M. (2017a). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique : 3. La constitution d'une profession. *VST - Vie sociale et traitements*, 133, 104-123. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/vst.133.0104>
- Jaeger, M. (2017b). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique : 4. La formation des infirmiers. *VST - Vie sociale et traitements*, 134, 109-126. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/vst.134.0109>
- Juchet, M. J., & Postel, J. (1996). Le "surveillant" Jean-Baptiste Pussin à la Salpêtrière. *Histoire des sciences médicales*, 30, 189-198.

Krzyzaniak, P., & de Miribel, J. (2016). Les savoirs infirmiers en psychiatrie. Comprendre l'évolution de la profession au XXème siècle. Comprendre l'évolution de la profession au XXème siècle. *Éducation permanente*, (209), 163-173.

INSEE. (1975). *Recensement général de la population : Résultats pour Clermont-Ferrand*. Institut national de la statistique et des études économiques.

Ponsard, N. (2008). L'engagement de jeunes ouvriers et étudiants dans le mouvement contestataire clermontois en Mai-Juin 68. *Siècles. Cahiers du Centre d'histoire « Espaces et Cultures »*, (28), 87-99.

Sauzeau, J. (2008). *Transmission des savoirs et tutorat en psychiatrie : un double enjeu pour le Directeur des Soins* [Mémoire de Directeur des Soins, École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), Rennes].

Tregouet, S. (2025). Pour une clinique de la professionnalité : le malaise dans les soins psychiques. *VST - Vie sociale et traitements*, 166(3), 93-98.

<https://doi.org/10.3917/vst.166.0093>

Chapitre 2 – Historiographie de l’histoire infirmière psychiatrique en France

L’histoire de la médecine et des médecins a longtemps dominé l’historiographie internationale, laissant dans l’ombre d’autres acteur·rices et d’autres aspects historiques du champ de la santé (voir, entre autres, Parayre & Klein, 2015, p. 1-2). En France, les travaux de Marie-Françoise Collière ont mis en lumière les mécanismes à l’origine de l’invisibilisation chronique des soins et de celles et ceux qui les prodiguent dans le champ médical (1988 ; 1998). L’auteurice souligne la nature même de ces gestes, intimement liés au corps et à l’intime, et donc souvent dissimulés. Elle insiste surtout sur les représentations genrées qui participent à leur effacement dans les récits dominants (Poulat, 1988, pp. 25-37). Établissant un lien explicite avec l’histoire des femmes soignantes, elle évoque alors une « histoire usurpée ». Cependant, ses écrits critiques, bien qu’ils aient ouvert la voie à une réflexion sur l’histoire du soin, précèdent les mouvements historiographiques contemporains, aujourd’hui pleinement inscrits dans une histoire de la santé plus globale et inclusive, où l’attention ne se porte plus seulement sur les médecins, les institutions ou les patient·es, mais aussi sur les métiers du soin longtemps relégués en périphérie. Dans ce contexte renouvelé, l’histoire du champ infirmier en psychiatrie demeure encore peu explorée, souvent repoussée à la marge, diluée dans les récits plus larges des pratiques somatiques. Pourtant, les profondes transformations qu’a connues la psychiatrie française depuis le milieu du XXe siècle, et en particulier le rôle assumé par les infirmier·ères de secteur psychiatrique (ISP), méritent une attention historiographique spécifique.

Cette revue de la littérature propose d’interroger ce paradoxe en structurant l’analyse autour d’une métaphore historiographique bien connue : celle de l’ombre et de la lumière. Dans une première partie, le regard se portera sur les zones d’ombre, en mobilisant le cadre proposé par Alexandre Klein et Séverine Parayre (2015), afin de mettre en évidence les postures historiographiques qui ont contribué à maintenir les soignant·es en marge des récits

dominants de l'histoire de la santé. Cette analyse portera successivement sur l'histoire médicale centrée sur les médecins, sur les approches épistémologiques critiques, et sur les limites d'une histoire sociale de la santé pourtant ouverte à la diversité des figures du soin. Dans une seconde partie, l'attention se déplacera vers les espaces de lumière, là où certain·es auteur·es, souvent issu·es du champ infirmier ou proches du terrain, ont tenté de documenter cette histoire singulière en produisant récits, analyses ou synthèses historiques, malgré des obstacles méthodologiques et académiques persistants. Cette partie mettra en valeur les contributions existantes, en soulignant à la fois leur portée et leurs limites.

Enfin, ce chapitre s'appuie sur un manuscrit original, *Brève histoire des infirmiers psychiatriques*, rédigé dans le cadre de ce travail de thèse et présenté en épilogue. Ce texte constitue une mise en récit accessible de cette histoire professionnelle à partir des rares sources disponibles. Il offre une illustration concrète des enjeux historiographiques discutés et ouvre vers les problématiques centrales de cette recherche.

2.1 Historiographie de l'histoire des soins infirmiers : une triple ombre portée

Cette première section mobilise l'éclairage théorique de Klein et Parayre (2015), qui distinguent trois postures historiographiques — médicale, épistémologique et sociale — pour interroger la place accordée aux soins et à celles et ceux qui les pratiquent dans les récits consacrés à l'histoire de la médecine. La recension proposée, volontairement restreinte au champ psychiatrique, se heurte rapidement au foisonnement des publications disponibles. Loin de toute prétention à l'exhaustivité, elle vise à dégager ce qui paraît représentatif des tendances majeures. Le choix des références retenues repose ici sur la reconnaissance académique de leurs auteur·es et sur l'impact de leurs travaux dans les débats historiographiques contemporains.

2.1.1 Une invisibilité dans l'histoire médicale des médecins. Ce modèle historiographique, bien connu dans le monde anglophone sous l'appellation *whig* ou *whiggish*, s'articule autour

de la figure centrale du médecin. À travers lui — et bien souvent par lui — s'écrivent les grandes dates, les « découvertes », les courants de pensée, les traitements prescrits, et les institutions façonnées. Si l'écriture inclusive est momentanément suspendue dans ce passage, c'est pour souligner une autre évidence : cette histoire est d'abord celle des hommes. Une histoire intellectuelle des savoirs médicaux, aux accents positivistes et souvent hagiographiques, comme l'a montré Klein (2016, p. 2).

Les recherches qui s'inscrivent dans une perspective de longue durée prolongent en grande partie cette orientation. Elles produisent un regard structurant, mais laissent en retrait la trajectoire des soignant·es en psychiatrie. Franz Alexander et Sheldon Selesnick (1972) ouvrent la voie en publiant, dès 1966, une première version de cette « grande » histoire de la discipline, sans mention des fonctions infirmières. Jacques Hochmann (2017) s'inscrit dans cette lignée en construisant une histoire événementielle marquée par les figures pionnières, les législations majeures, les pathologies, les traitements, les courants théoriques et les politiques publiques. Dans cette configuration, les soins infirmiers demeurent en arrière-plan, entièrement absorbés par un récit médical dominant. Un récit qui, pourtant, entre en dissonance avec l'image plus nuancée que l'auteur donne dans son autobiographie scientifique, où il prend soin de citer, avec des mots parfois très élogieux, les infirmières avec qui il a collaboré (Hochmann, 2022). Une tension qui laisse entrevoir une autre histoire possible, non écrite, mais bel et bien vécue. Guy Baillon (2009), avec une plume plus incisive, revient sur la mise en place du secteur en France et les mutations qu'elle provoque dans les pratiques psychiatriques. Il mentionne, à la marge, le rôle des ISP et la suppression de leur diplôme en 1992. Mais cette présence reste discrète, comme en retrait, dans un récit qu'il revendique pourtant « moins sage » que celui de Hochmann. Pour Thierry Haustgen (2010), c'est Claude Quérel (2009) qui s'impose comme l'auteur de référence dans ce courant. Son *Histoire de la folie, de l'Antiquité à nos jours*, s'appuie sur une érudition

impressionnante, nourrie de sources manuscrites, médicales et institutionnelles. Mais une fois encore, le personnel infirmier n'apparaît qu'à la marge, et lorsqu'il émerge, c'est surtout sous les traits sombres de la coercition (p. 347, 354). Quétel n'oublie pas Georges Daumezon (p. 479) ou Germaine Le Guillant (p. 546), figures pionnières de la formation, mais il ne s'y attarde pas. Même la réédition de cet ouvrage avec Jacques Postel (2012), présentée comme une actualisation majeure, reconduit cette absence. La « nouvelle » histoire de la folie ne fait toujours pas des soignant·es en psychiatrie, ni de leurs pratiques, un véritable objet d'analyse. L'histoire de la médecine, souvent élaborée à partir d'archives savantes produites par des médecins — des hommes, le plus souvent — continue ainsi de reléguer les soins infirmiers dans l'ombre. Il devient alors nécessaire, pour poursuivre cette recherche de l'invisible, de se tourner vers les philosophes qui, dès les années 1960, ont entrepris de déconstruire l'omnipotence médicale.

2.1.2 Les infirmier·ère.s à l'ombre de l'histoire épistémologique de la médecine. Le travail de Klein (2016) met en évidence la manière dont, en France, les écrits de Georges Canguilhem (1904-1995), puis de Michel Foucault (1926-1984), ont contribué à tracer les contours d'un nouveau modèle historiographique, nourri par une critique des savoirs médicaux et de leurs formes d'exercice du pouvoir. Dans le contexte sulfureux des années 1960, attisé par la montée de l'antipsychiatrie, ces philosophes dénoncent le pouvoir psychiatrique et ses dispositifs de normalisation (von Buelzingsloewen, 2015). Le concept de normativité développé par Canguilhem (2003, pp. 116-124), tout comme les analyses foucaaldiennes sur l'institution disciplinaire (1975 ; 1976), ouvrent alors de nouvelles perspectives, prolongées notamment par Erving Goffman (1961) et Robert Castel (1977). Ces approches critiques, portées par une histoire des sciences émergente, marquent la naissance d'un paradigme historiographique puissant, désormais bien identifié (Klein, 2016).

Mais dans cette dynamique, une question persiste : quelle place est accordée à celles et ceux qui soignent au quotidien ? Alors même que, dans les années 1960, le processus de professionnalisation s'accélère en France et dans l'espace francophone — sur fond de luttes féministes et de revendications professionnelles — les praticien·nes du soin restent peu visibles dans ces récits critiques. Parmi les figures incontournables de cette pensée, Michel Foucault occupe une place centrale. Deux de ses ouvrages majeurs, *Histoire de la folie à l'âge classique* (1961) et *Surveiller et punir* (1975), redessinent le paysage de l'histoire de la psychiatrie en dévoilant les mécanismes d'enfermement, de contrôle et de discipline. Le « grand renfermement » qu'il théorise (1976, p. 145, 198) trouve un écho chez Robert Mandrou (1962) et Marcel Brodeur (1976). Mais ces analyses laissent peu de place à celles et ceux qui, dans l'ombre des dispositifs, accompagnent au quotidien les personnes hospitalisées. Le personnel infirmier y est réduit à un rôle d'exécutant de la discipline. Chez Foucault (pp. 508, 515, 524) comme chez Goffman (1968, pp. 406-407) ou plus tard Castel (1976), il est décrit avant tout comme un vecteur de coercition. Les travaux de Gladys Swain et Marcel Gauchet (1977 ; 2007), bien qu'ils déconstruisent l'idée d'une institution totalisante, n'infléchissent pas véritablement cette perspective. L'histoire du soin reste périphérique, rarement interrogée pour elle-même.

Quelques rares exceptions, comme le travail de Giordana Charuty (1985), montrent pourtant qu'une autre lecture est possible. En s'appuyant sur les archives départementales de l'Aude, cette anthropologue accorde une attention particulière aux sœurs de la congrégation Saint-Joseph de Cluny de Limoux, engagées de longue date dans l'accompagnement des malades. Ce détour par l'histoire locale révèle des récits plus incarnés, plus sensibles — mais qui peinent à se frayer un chemin dans les grandes synthèses historiographiques. Les spécialistes de la philosophie, de la sociologie ou de l'histoire ont sans doute ouvert des brèches. Mais, une fois encore, les médecins demeurent les figures centrales de ces récits

critiques. Le champ infirmier, lui, n'apparaît qu'en creux, souvent comme simple prolongement du pouvoir médical. Ce constat est d'ailleurs partagé par Isabelle von Buelzingsloewen (2015), qui souligne combien les historien·nes sont resté·es à distance des débats qui ont traversé le champ psychiatrique dans les années 1970 et 1980.

Pour autant, en parallèle, dans la continuité de la pensée des historiens Marc Bloch (1886-1944) et Lucien Febvre (1878-1956) fondateurs de l'école des annales et inspirés par le courant de l'histoire sociale, émerge un nouveau paradigme historiographique, l'histoire de la santé (Klein & Parayre, 2015, p.2). C'est dans ce modèle global et inclusif de l'histoire de la santé que se poursuit et se termine cette prospection historiographique de la face invisible de l'histoire des infirmier·ères psychiatriques.

2.1.3 Histoire de la santé et histoire infirmière, une ouverture limitée ? Dans le sillage de l'École des Annales, Lucien Febvre (1935) défend une « histoire-problème » en lieu et place d'une histoire simplement descriptive. Ce tournant épistémologique ouvre la voie à d'autres manières de faire de l'histoire, en mobilisant de nouvelles méthodologies et en s'appuyant sur des sources longtemps négligées. L'histoire sociale, portée par cette dynamique, marque à son tour l'historiographie du dernier siècle du millénaire, jusqu'à faire émerger ce que Klein (2016) identifie comme une histoire de la santé plus inclusive, plus attentive aux contextes sociaux, aux pratiques concrètes et aux expériences vécues. Dans ce courant, Jacques Léonard (1935-1988) apparaît comme l'une des figures fondatrices, posant les bases d'une histoire capable de faire dialoguer médecine, société et culture. Olivier Faure, qui s'inscrit dans cette même lignée, rappelle dans l'introduction d'un de ses ouvrages (1994, p. 6) combien il est nécessaire de « lier le plus grand nombre possible d'approches qui permettent de comprendre les relations que notre société entretient avec le corps, la santé, la maladie et la médecine ». Klein (2016) souligne que ces postulats devraient naturellement conduire à une diversification des objets et des points de vue. Outre-Manche, Roy Porter (1946-2002)

propose en 1985 une autre ouverture : écrire l'histoire « par en bas », une histoire attentive aux acteurs et actrices de l'ombre, à celles et ceux que les grands récits ont souvent laissés de côté. Cette *history from below*, à la fois méthode et posture politique, invite à aller chercher les récits oubliés, les expériences ordinaires, les voix silencieuses (Blum & Cerutti, 2016). Tout semblait donc réuni pour que les infirmier·ères trouvent, enfin, une place dans les récits historiques. Et, il faut le dire, l'espace francophone, notamment au Canada, a vu émerger depuis quelques années une dynamique de recherche féconde sur cette histoire. Cette dynamique sera présentée plus loin, dans la seconde partie de ce bilan. Mais avant d'y arriver, un détour s'impose. Car malgré ces promesses, les grandes synthèses consacrées à l'histoire de la santé en France laissent encore une impression de vide lorsqu'on cherche la trace de celles et ceux qui œuvrent dans l'ombre, en particulier dans le champ psychiatrique. Jacques Léonard (1986), Olivier Faure (1994), Faure et Patrice Bourdelais (2005) traversent les XVIIIe, XIXe et XXe siècles sans vraiment s'arrêter sur les auxiliaires médicaux, les garde-malades ou le personnel infirmier, encore moins sur celles et ceux exerçant en psychiatrie. Ce constat pourrait demeurer une impression subjective. Mais il se confirme lorsqu'on examine des ouvrages récents, comme celui de Benoit Majerus et Nicolas Henckes (2022), qui propose une synthèse des quarante dernières années d'historiographie sur la santé mentale. Malgré des chapitres consacrés aux savoirs, aux pratiques et aux expériences, les soins infirmiers y sont à peine évoqués. Les auteurs eux-mêmes reconnaissent l'absence de ressources bibliographiques disponibles sur ce sujet (pp. 87-97). Les travaux de Marcel Jaeger, pourtant précieux pour documenter cette mémoire professionnelle, semblent être passés sous leur radar. *La Nouvelle histoire de la folie à l'époque contemporaine* avec pourtant des historiens et chercheuses de renom, prolonge ce mouvement d'effacement (2020). En Suisse, Aude Fauvel — dont les recherches ont pourtant croisé à plusieurs reprises les parcours de ces professionnel·les du soin — reconnaît, lors d'une intervention aux

cinquièmes Rencontres pour la recherche en soins infirmiers en psychiatrie (*Santé mentale*, 2019), combien cette histoire spécifique reste encore en marge de ses préoccupations scientifiques. Spécialiste reconnue de l'histoire de la psychiatrie et engagée dans une approche féministe (2013), Fauvel n'a pas encore pleinement investi cette histoire pourtant si proche de ses terrains de recherche (2016 ; 2019 ; 2021). Et il faut bien reconnaître que Roy Porter lui-même, malgré son appel à écrire l'histoire par en bas, n'a pas véritablement intégré le point de vue infirmier dans ses analyses. Son célèbre article de 1985 reste focalisé sur le duo médecin/patient, comme s'il manquait encore une pièce au puzzle. Même dans l'ouvrage qu'il coédite avec Mark Micale en 1994, entièrement consacré à l'historiographie de la psychiatrie, la profession infirmière demeure absente. Pourtant, ce même volume contient une contribution de Dora Weiner (1994), qui redonne vie à Jean-Baptiste Pussin, souvent présenté comme l'un des premiers soignants psychiatriques de l'ère asilaire en France. Ainsi, malgré ses promesses d'ouverture, l'histoire de la santé conserve, elle aussi, ses angles morts. La place des infirmier·ères — et plus encore celle des professionnel·les exerçant en psychiatrie — y reste encore largement marginale.

Cette première section historiographique a permis de poser un regard sur ce qui manque, sur ce qui reste encore à l'écart des grands récits. Une histoire infirmière psychiatrique que l'on cherche, que l'on devine parfois en filigrane, mais que l'on peine à voir pleinement apparaître, en particulier en France. Une histoire silencieuse, reléguée à la marge, là où l'ombre finit par faire oublier qu'il y a, pourtant, des existences, des gestes, des voix. Dans cette tension entre ombre et lumière, il est temps maintenant de déplacer le regard. Non pas pour nier les manques, mais pour aller voir là où, malgré tout, quelque chose s'est écrit. Là où des infirmier·ères, des chercheur·es du soin, ont pris la plume. Là où des publications ont vu le jour, souvent à la frontière entre reconnaissance académique et

littérature militante — mais aussi en dehors des frontières hexagonales. Là où une mémoire professionnelle tente de se dire, de se transmettre.

2.2 De l'ombre à la lumière, une histoire des soins infirmiers dans l'espace francophone

Si des historien·nes comme Yvonne Knibiehler (2011), Klein (2018) ou Guillemain (2010), des sociologues tels que Frédéric Mougeot (2019), Carole Thiry-Bour (1996) ou Henckes (2022), ainsi que des chercheurs en sciences de l'éducation comme Patrice Krzyzaniak (1989, 2017) et Julien de Miribel, dont les travaux constituent des contributions originales et solidement documentées (2018), ou encore le juriste en droit médical Sébastien Rubinstein (2020), dont la thèse sur la sectorisation psychiatrique intègre avec finesse la place des ISP, ont tous, à des degrés divers, contribué à nourrir la réflexion sur l'histoire des soins infirmiers, force est de constater que l'impulsion majeure provient bien souvent de professionnel·les du soin ayant opéré un déplacement progressif vers le champ de l'histoire. Ce sont ces derniers qui, à partir de leurs ancrages pratiques et de leurs trajectoires de recherche, ont assumé la responsabilité de produire un récit situé, porteur d'une intelligibilité nouvelle sur des pratiques longtemps marginalisées dans les écritures savantes.

C'est du côté du Canada francophone et de la Suisse que l'on observe aujourd'hui une vitalité remarquable dans ce domaine. La qualité, mais aussi la quantité des publications issues de ces espaces, témoignent de l'importance d'un véritable dispositif universitaire, structuré autour d'une discipline infirmière pleinement reconnue et légitimée. En France, le paysage reste plus fragile. Les sciences infirmières peinent encore à s'imposer dans l'espace académique. L'écriture de cette histoire reste souvent confinée à la littérature grise, aux publications associatives ou professionnelles, ou à des ouvrages qualifiés de « profanes » par les canons universitaires (Annexe 4). Pourtant, cette historiographie existe bel et bien, y compris en ce qui concerne le champ psychiatrique. L'enjeu devient alors double : il s'agit d'abord de repérer qui a pris la plume, mais aussi de comprendre comment cette histoire s'est

construite. Quelles postures historiographiques ont été mobilisées ? Quels récits ont été privilégiés ? Et avec quelles intentions ?

En l'occurrence, trois grandes orientations ressortent de l'analyse de cette littérature produite sur les infirmier·ères — et souvent par iels-mêmes — et qui a échappé aux spécialistes de l'histoire universitaire. La première, sans doute la plus présente, relève d'une approche descriptive et événementielle de l'histoire infirmière. La seconde se structure autour de lectures critiques, souvent portées par des autrices engagées, féministes ou militantes. La troisième, enfin, adopte une perspective plus épistémologique et politique, interrogeant la place même des savoirs infirmiers dans la construction des sciences du soin.

2.2.1 Une histoire infirmière par le haut. Le parcours commence ici par une attention portée à une première manière d'écrire cette histoire, sans doute la plus visible à ce jour : une approche descriptive et événementielle, qui, derrière une impression de foisonnement, invite à s'interroger sur ce qu'elle donne réellement à voir — et sur ce qu'elle continue de laisser dans l'ombre. Cette posture plus traditionnelle de l'histoire infirmière s'illustre d'abord par des productions souvent qualifiées d'hagiographiques, mettant en scène des figures héroïques apportant santé, hygiène et modernité (Cohen, 2008). Côté anglo-saxon, Florence Nightingale (1820-1910) continue d'inspirer une abondante littérature, comme en témoigne l'ouvrage du biographe Mark Bostridge (2015). En France, d'autres figures émergent, moins médiatisées, telles que Léonie Chaptal (1873-1937), mise en lumière par Christophe Debout et René Magnon (2014). En soins psychiatriques, Hildegard Peplau (1909-1999) s'impose sur le plan théorique, mais c'est surtout Jean-Baptiste Pussin (1745-1811), surveillant à Bicêtre, qui est souvent présenté comme l'un des fondateurs historiques du champ infirmier psychiatrique français. Marcel Jaeger (2016) l'érige en « anti-mythe » face au docteur Pinel, tandis que Michel Caire (1993) et Dora Weiner (1993) soulignent son rôle de libérateur des aliénés.

Cette mise en lumière se prolonge au Québec, notamment chez Jean-François Pelletier et Larry Davidson (2015).

Parallèlement à ces figures, une autre tendance se dessine : celle de récits à dominante événementielle, centrés sur les grandes étapes de la professionnalisation infirmière en France. Des autrices comme Yvonne Knibiehler (2011), Véronique Leroux-Hugon (1981, 1992), ou encore des historiens comme Maurice Chevandier (2011) documentent la construction identitaire de l'infirmière dans une perspective souvent généraliste. Le travail de Collière (1998), avec *Promouvoir la vie*, fait exception en liant les récits de vocation à une histoire longue et politique du soin, devenant une référence majeure dans le champ. En Suisse, l'infirmière et sociologue Rosette Poletti (1973) explore pour sa part la spécificité des soins en psychiatrie, mais cette approche reste peu reprise dans l'historiographie francophone.

En France, la thèse de Michel Poisson (2015, 2018) constitue un cas singulier : il y valorise l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur (EIEIS), fondée en 1965, et souligne notamment le rôle de S. Raine, infirmière en psychiatrie. Toutefois, cette articulation entre les soins généraux et la psychiatrie reste marginale dans les grandes synthèses historiques. La majorité des travaux sur la professionnalisation infirmière, y compris ceux issus du champ infirmier lui-même — tels que Magon (2001, 2015), Coudray et al. (2005), ou le Groupe de recherche interprofessionnel sur la profession infirmière (GRIPI, 1986) — privilégient une lecture centrée sur l'identité infirmière généraliste, reléguant au second plan les trajectoires et les spécificités du champ psychiatrique.

Pourtant, quelques contributions spécifiques existent. Jaeger, en s'appuyant sur une bibliographie solide et sur les archives de l'hôpital Le Bon Sauveur de Caen, livre l'un des travaux les plus documentés sur l'histoire des infirmiers psychiatriques (2016a, 2016b, 2017a, 2017b). Ses analyses sont régulièrement mobilisées, notamment par le collectif Combret et al. (2022), Anne- Leyreloup (2010) ou encore Friard (2021). Son regard sur la

psychiatrie croise les dimensions politiques, institutionnelles et sociales (Jaeger ,1981 ; 2012). Au-delà de ce « phare Jaeger », d'autres travaux plus discrets méritent d'être mentionnés. Henny Zilliox (1976), infirmière devenue psychiatre, publie un ouvrage issu de sa thèse. On retrouve des éléments similaires chez Boucher (1988), dans un collectif dirigé par Collière et Diebolt, où sont cités les écrits pionniers de l'infirmier de Saint Alban Marius Bonnet, auteur d'un article dès 1952 dans *Esprit*. D'autres apports, plus modestes mais précieux, documentent le contexte professionnel de la psychiatrie de secteur entre les années 1970 et 1990. Didier Dupeux et Dominique Letourneau (1991) livrent des données sociodémographiques utiles, même si leur travail n'apporte pas de nouveauté historiographique (pp. 13-26, 41-48). On peut y rattacher les travaux de Patrice Krzyzaniak (2016), infirmier devenu docteur en sciences de l'éducation, dont la thèse — consacrée à l'itinéraire intellectuel de Georges Daumezon — s'inscrit dans une perspective interdisciplinaire, à la croisée de la pédagogie et de l'histoire critique de la psychiatrie. Ses publications périphériques dans le champ des sciences de l'éducation viennent également nourrir cette réflexion, en explorant notamment les formes de transmission, les tensions entre savoirs expérimentiels et universitaires, ou encore la place des ISP dans les dynamiques de réforme (1989 ; 2017). Cette historiographie laisse également des traces dans les thèses de médecine, comme celle de Daumezon (1935), qui s'attarde sur le personnel infirmier à travers une lecture statistique, ou celle de Paul Balvay (1972), centrée sur le rôle de l'infirmière dans la psychothérapie institutionnelle. Quelques articles récents viennent enrichir ce corpus : Leyreloup (2010), Annick Perrin-Niquet (2019), ou encore le dossier publié en 2006 dans *Soins*, à l'occasion du bicentenaire des soins psychiatriques (Friard et al.).

L'impression qui se dégage de cette recension est trompeuse. Ces publications existent bel et bien. Leur nombre pourrait faire croire que l'histoire des soins psychiatriques

est largement documentée. Mais cette impression est le fruit d'une recherche minutieuse, tant ces écrits restent dispersés, souvent enfouis dans une histoire infirmière plus générale — elle-même, comme le montrait la première partie de ce chapitre, subsumée dans une histoire de la médecine. Ce bilan permet de nuancer l'idée d'une invisibilité totale. Certes, des travaux existent. Leur volume est cependant (très) limité au regard de la littérature extrêmement riche qui a été produite sur l'histoire médicale du champ psychiatrique. Rien que la somme des travaux consacré à Charcot, un seul médecin, est plus importante que la totalité des travaux consacrée à la profession infirmière française, qu'elle soit d'ailleurs psychiatrique ou somatique. En outre, une lecture fine de l'ensemble de cette littérature révèle une autre réalité : les démarches méthodologiques adoptées s'inscrivent souvent dans le sillage de l'histoire médicale classique, avec une prédominance des récits descriptifs et évènementiels. Par ailleurs, les soins psychiatriques eux-mêmes, ignorés par de nombreux auteur·es, se retrouvent relégués à l'arrière-plan, dilués dans un récit infirmier centré sur la pratique généraliste. L'histoire des infirmières et infirmiers psychiatriques, en France, semble ainsi prise dans une double marginalisation : celle d'une profession longtemps restée à l'ombre du pouvoir médical, et celle d'une spécialité encore marquée par la stigmatisation. Ce double effacement invite à poursuivre l'exploration, en se tournant cette fois vers des publications plus critiques, souvent portées par des autrices engagées dans une lecture féministe de l'histoire du soin.

2.2.2 Historiographie d'une histoire critique des soins infirmiers. L'histoire critique des soins infirmiers, en France, trouve ses premières lignes dans les travaux de Collière (1988). C'est elle qui parle, avec des mots forts, d'une « histoire usurpée ». Une histoire qui aurait été racontée sans celles et ceux qui, pourtant, soignent au quotidien. D'autres, comme Knibiehler (1984), avec *Les Cornettes et blouses blanches*, ou Danièle Kergoat (1992), en documentant les luttes infirmières des années 1988-1989, ont aussi tenté d'ouvrir une brèche. Mais force

est de constater que cet engagement critique, en France, peine encore à trouver pleinement sa place dans les publications académiques. À l'inverse, de l'autre côté de l'Atlantique, le Canada francophone fait entendre une voix forte et singulière. L'historienne et infirmière Marie-Claude Thifault en est aujourd'hui une figure reconnue. Ses travaux, sans toujours revendiquer une posture critique au sens strict du terme, s'inscrivent dans une démarche qui interroge les absences et les angles morts de l'histoire de la santé. Dans *L'incontournable caste des femmes* (2012), elle montre comment les femmes soignantes occupent une place « compensatoire » dans l'histoire, une place périphérique, secondaire, presque tolérée plus qu'instituée. Avec Klein (2021 ; 2024), elle poursuit ce travail en mettant en lumière le rôle central des femmes francophones dans la transmission des savoirs psychiatriques au Québec. Cet engagement se retrouve aussi dans les recherches de Viviane Namaste (2019), qui, à travers son étude sur les *Savoirs créoles*, propose une autre manière d'écrire l'histoire. Une histoire qui ne se limite pas aux archives institutionnelles, mais qui va chercher, dans les récits de terrain, les archives communautaires, les entretiens, les bandes audio ou vidéo, tout ce qui peut redonner voix à celles et ceux que l'histoire officielle a laissés de côté. Une manière assumée de contourner les sources dominantes pour faire émerger d'autres récits. Mais cette posture critique ne se limite pas aux seules lectures féministes.

Le chercheur suisse Michel Nadot, par exemple, interroge les fondements même de la discipline infirmière. Il dénonce les racines religieuses du métier et appelle à rompre avec cet héritage spirituel pour affirmer une identité pleinement laïque (2012, pp. 171-190). Dans ses recherches plus récentes (2020), il va jusqu'à remonter aux origines médiévales du mot *infirmier*, qu'il associe à l'idée d'enfermement et de pourriture, plaidant pour un changement radical de terminologie. Une position tranchée, qui s'éloigne des réflexions de Thifault (2020), attentive, elle, à l'héritage positif des savoirs religieux développés par les Sœurs de la Providence à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu. En France, Friard (2021) apporte une autre voix

critique, en parlant des soins psychiatriques comme d'une « province oubliée ». Il propose une lecture fine des difficultés à faire reconnaître et conceptualiser ces soins dans le champ des sciences infirmières. Une lecture qu'il appuie sur une bibliographie dense, pour tenter de comprendre pourquoi, aujourd'hui encore, cette partie du métier reste si peu visible dans la recherche académique (pp. 58-91). À cette critique s'ajoutent d'autres approches, comme celle de Raphaël Gallien (2020), qui, dans une perspective postcoloniale, documente l'histoire de l'asile d'aliénés d'Anjanamasina à Madagascar en 1941. Ou celle de Thomas Foth (2013), qui, à partir d'une lecture foucaldienne, interroge l'engagement du personnel infirmier dans les politiques eugénistes de l'Allemagne nazie, notamment à travers la notion de « vie ne valant pas la peine d'être vécue ».

Ce panorama critique serait incomplet sans évoqué le corpus composé par les récits de celles et ceux qui ont vécu de l'intérieur ces réalités professionnelles. Certes ces récits, souvent autobiographiques, ne répondent pas aux critères académiques habituels. Ils sont dès lors souvent rangés dans la catégorie des « ouvrages profanes », voire relégués au statut de simples témoignages. Et pourtant, ils disent quelque chose que les articles scientifiques ne captent pas toujours. En France, des auteur·es comme Anne-Xavier Albertini ou Alfred Cocuzza livrent des récits puissants, parfois durs, sur l'institution psychiatrique, le pouvoir médical, et les tensions du métier (Annexe 4). André Roumieux, avec *La tisane et la camisole* ou *Je travaille à l'asile d'aliénés* (1981 ; 1974), propose une plongée dans les coulisses du soin, là où les gestes, les silences, les violences et les espoirs se mêlent. Son succès en librairie témoigne, sans doute, d'une attente du grand public pour ces récits. Mais son essai historique *Ville-Évrard : Murs, destins et histoire d'un hôpital* (2008) montre aussi combien ces ouvrages, souvent regardés de loin par le monde académique, peuvent pourtant apporter une lecture précieuse de l'histoire. Repérer cette littérature, la nommer, la prendre au sérieux, c'est aussi une manière de mieux cerner les contours de l'historiographie infirmière

psychiatrique française, et de mieux comprendre ses manques. Ces productions critiques, sous toutes leurs formes, participent à rendre visible une partie de cette histoire. Toutefois, en France, une grande partie de cette pensée contestataire reste indéniablement enfermée dans une bulle de littérature professionnelle ou militante, qui peine à franchir les frontières de l'académie.

La suite de ce chapitre invite à quitter cette bulle pour aller explorer un autre espace : celui d'une histoire de la santé plus large, plus inclusive, où les sciences infirmières commencent à trouver une place, certes fragile, mais réelle.

2.2.3 Un renouveau historiographique. Une fois encore, c'est la francophonie canadienne qui ouvre la voie. Depuis une quinzaine d'années, elle s'affirme comme un véritable moteur de ce renouveau historiographique dans l'histoire des soins infirmiers. Au-delà des figures déjà établies, une nouvelle génération de chercheur·euses mobilise des méthodologies plus audacieuses, inspirées de l'*history from below*, de la micro-histoire, et d'approches sensibles qui redonnent vie aux trajectoires ordinaires, longtemps restées invisibles. Ces travaux répondent, sans le revendiquer systématiquement, à l'appel lancé par Anne Borsay et Bill Dale (2015) à oser sortir des sentiers battus, à croiser les disciplines, à inventer de nouvelles façons de raconter l'histoire des soins. Sandra Harrisson (2016) en donne un exemple éclairant. À partir des observations infirmières extraites des archives de l'hôpital de Montfort, elle propose une lecture fine de l'expérience de la santé mentale après la désinstitutionnalisation. Pour elle, ces notes soignantes, souvent négligées, sont une « source complète d'information pour comprendre l'expérience de la santé mentale suite au projet de désinstitutionnalisation ». Une affirmation forte, qui replace les infirmier·ères au cœur du récit. Cette dynamique se poursuit dans d'autres travaux. Le collectif dirigé par Klein, Guillemain et Thifault (2018) interroge les politiques de déshospitalisation et leurs impacts. Thifault y défend l'intérêt d'une écriture d'histoire sensible (2019), capable de rendre compte

des tensions, des fractures, mais aussi des gestes et des attentions qui composent la réalité des soins. Harrisson (2017), dans sa thèse doctorale, prolonge cette approche en documentant la déshospitalisation en Ontario, à partir d'une exploitation rigoureuse des dossiers médicaux et des registres administratifs. Ces sources, souvent décrites comme mineures, deviennent ici le socle d'une analyse des dynamiques institutionnelles, professionnelles et politiques.

L'exploration patiente et minutieuse des archives de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, menée par Thifault pendant plus d'une décennie, illustre aussi cette capacité à faire parler les traces du passé. Contre les représentations souvent caricaturales des religieuses comme figures d'ordre et de soumission, ses travaux révèlent la richesse des savoirs développés par les sœurs dans les soins psychiatriques (2010 ; 2012 ; 2019). Un savoir transmis, transmis, porté dans les gestes du quotidien, mais aussi dans les enjeux institutionnels et politiques qu'elles ont su, à leur manière, influencer (Perreault & Thifault, 2012). Cette effervescence scientifique, portée au Canada par l'Unité de recherche en histoire du nursing (URHN), témoigne de la reconnaissance croissante de ces objets. Depuis 2005, congrès, séminaires et publications issus de l'URHN font entendre une voix forte, rassemblant une communauté de chercheur·es engagé·es dans la construction d'une véritable mémoire des soins.

En Europe aussi, ces questions trouvent tout de même un certain écho. En Belgique, Majerus (2011 ; 2019), et en France, Guillemain (2010), s'attachent à combler les vides historiographiques. Ce dernier, notamment, s'intéresse aux métiers de la psychiatrie « d'hier à aujourd'hui » (2022), et redonne une place — modeste mais tangible — aux infirmier·ères dans ses *Chroniques de la psychiatrie ordinaire* (2010, pp. 82, 92-94, 111-118). À rebours d'une histoire héroïque, ces travaux esquissent une lecture plus fidèle aux réalités du terrain. Malgré les limites déjà évoquées dans la première partie, ces recherches témoignent d'une mobilisation réelle. Mieux : elles inventent. De nouveaux supports, de nouveaux médiums émergent pour rendre ces savoirs accessibles au plus grand nombre. C'est dans cet élan

critique, sensible et inventif qu'émerge aujourd'hui un renouveau de l'histoire des soins psychiatriques. Encore fragile en France, ce renouveau est bien vivant ailleurs. Et il invite, résolument, à poursuivre l'exploration de récits encore à écrire.

2.3 Conclusion du bilan historiographique

« Écouter pour tenter de comprendre, écouter ce qui se dit, comment c'est dit, ce qui ne se dit pas mais se montre, écouter les silences. » Cette invitation de Friard (2017), adressée au monde soignant, a discrètement accompagné le cheminement de ce bilan. Une manière de rester à l'écoute, non seulement de ce qui s'écrit, mais aussi de ce qui manque, de ce qui se tait, de ce qui reste invisible. Dans ce bilan, l'ombre compte autant que la lumière. Prendre le temps d'identifier les absences, de les nommer, sans les juger trop vite, a constitué la première étape de cette enquête historiographique. Les apports de Klein et Parayre ont permis de structurer la lecture de ce champ, sans pour autant réduire la complexité des dynamiques à l'œuvre. Derrière les récits dominants de l'histoire médicale, les infirmier·ères psychiatriques apparaissent comme des figures périphériques, effacées ou réduites à de simples relais du pouvoir médical. Même les histoires critiques, même celles qui se revendiquent inclusives, peinent encore à leur faire une place. Ce décalage interroge. Comment une profession si présente dans les pratiques de soin peut-elle être à ce point reléguée dans les récits ? Pourquoi les philosophes, les historien·nes de la santé, ont-ils si rarement regardé de ce côté-là ? Les logiques de genre, la stigmatisation persistante de la psychiatrie, les hiérarchies de savoirs se conjuguent sans doute pour expliquer cette double invisibilisation. Et pourtant, des textes comme on l'a vu plus haut existent. Souvent rédigés par des infirmier·ères elles·eux-mêmes, historien·nes ou non. Ces écrits montrent que, malgré les silences, une parole infirmière émerge. La deuxième partie de ce bilan a fait état du type d'écrits, oubliés ou non, par lesquels cette parole a été transcrite. On y trouve les récits attendus, hagiographiques ou évènementiels, inscrits dans les cadres classiques. On y trouve aussi, plus discrètes mais bien

présentes, des voix critiques, notamment au Canada, qui bousculent les lignes établies. Ces voix montrent qu'une autre manière de raconter est possible. Mais elles peinent encore à percer dans l'espace académique français, confinées dans une littérature que le monde savant observe parfois de loin. En regard, l'effervescence scientifique qui se développe autour de l'histoire du nursing — au Canada, en Suisse, en Belgique, et même en France — laisse entrevoir une dynamique nouvelle. Une dynamique qui attire de plus en plus de chercheur·es, d'historien·nes, de professionnel·les du soin. Cette mobilisation collective est porteuse d'espoir. Elle ouvre des espaces de dialogue entre disciplines, entre mondes professionnels, entre types de savoirs. C'est dans cet élan que s'inscrit le manuscrit *Brève histoire des infirmiers psychiatriques*, présenté ici en guise d'épilogue. Il reprend les grandes étapes de l'histoire des infirmier·ères de secteur psychiatrique (ISP) en France. Il ne prétend ni à l'exhaustivité, ni à l'innovation théorique. Il propose plutôt une entrée en matière, un cadre de repères partagés, pour accompagner le lectorat dans la suite de cette thèse. Une manière de poser les bases historiques nécessaires pour mieux comprendre les dynamiques professionnelles, les enjeux d'identité et les processus d'émancipation qui en constituent le cœur.

Chapitre 2 – Article I

Brève histoire des infirmiers psychiatriques

Référence complète

Villeneuve, B. (2022). Brève histoire des infirmiers psychiatriques. In M. Combret, D. Friard, J. Lanquetin, & B. Villeneuve, *Les infirmiers psychiatriques au cœur du soin. Analyses socio-historiques et entretiens avec des professionnels* (pp. 13-26). Paris : Séli Arslan.

État de publication

Publié.

Rôle de l'auteur et contribution

Auteur principal et unique. Cet article a été rédigé dans le cadre d'un projet éditorial collectif, sous la direction de D. Friard et de la Dre Arslan. Il a été conçu et finalisé avant le dépôt officiel de cette thèse, en écho aux premières phases de la revue de la littérature. La relecture finale et la validation éditoriale ont été assurées par les responsables de l'ouvrage.

Mots-clés

Histoire des soins infirmiers, infirmier psychiatrique, ISP, professionnalisation, trajectoire historique.

Lien avec la thèse et justification de l'inclusion

Ce manuscrit joue un rôle de point d'appui dans la présente thèse. Il propose une première mise en récit, certes marquée par les limites d'une historiographie classique et institutionnelle, mais qui permet de poser les bases historiques nécessaires pour situer les dynamiques professionnelles étudiées dans les chapitres suivants. Loin de clore le récit, ce texte en révèle aussi les zones d'ombre, les silences et les fragments épars qui témoignent de ce qu'il reste encore à écrire et à comprendre. En ce sens, il s'inscrit en continuité avec le bilan historiographique présenté précédemment, en illustrant à la fois la richesse des jalons identifiés et la fragilité des sources disponibles. Présenté ici en épilogue du premier chapitre, ce manuscrit prépare la transition vers une approche plus analytique et critique, centrée sur les processus d'*empowerment*⁵ psychologique vécus par les infirmier·ères psychiatriques. Il ouvre ainsi la voie à une lecture renouvelée des dynamiques professionnelles, en mobilisant un cadre théorique spécifique, présenté dans le chapitre suivant.

⁵ Le terme *empowerment* est conservé en anglais dans l'ensemble du manuscrit, conformément à la définition théorique présentée dans le chapitre 3. Il est mis en italique uniquement lors de sa première apparition dans chaque chapitre, selon les conventions de l'APA 7.

Extrait du livre *Les infirmiers psychiatriques au cœur du soin*,
© Éditions Seli Arslan, 2022

Brève histoire des infirmiers psychiatriques

Benjamin Villeneuve

Préambule

En guise d'introduction de ce chapitre historique, je voudrais partager mes premiers instants dans le monde de la psychiatrie, quand, il y a 20 ans, fraîchement diplômé, je poussais les portes d'une unité fermée à la réputation difficile. L'angoisse cisailait mon bas-ventre. Je me rappelle porter une tenue de trois fois ma taille et, avec le recul, par analogie je dirais que oui, le costume était bien trop grand pour moi. En cause, une date maudite, 1992, qui m'a privé de tout ce dont un infirmier psychiatrique devrait connaître. Je ne parle pas simplement de savoirs, mais aussi de valeurs, de culture, d'histoire et d'identité. Si, plus tard, je suis parvenu à percevoir l'incohérence de Céline, canaliser la violence de Jean-Marie ou accueillir le délire de Mohamed, je le dois à Martine, Rosie, Jeanne, infirmières de secteur psychiatrique. Merci pour votre compagnonnage.

Malgré la différence de nos diplômes, nous partageons une histoire commune aussi riche que méconnue. Peu d'historiens se sont intéressés à ces marques du passé et nous devons les récits les plus précis aux auteurs de la profession infirmière. La synthèse historique dévoilée en suivant puise ses sources dans de nombreux ouvrages et articles. La production extraordinaire de Marcel Jaeger¹ constitue un socle important de références complété par les publications de pairs que je me suis attaché à valoriser dans cet écrit.

1. M. Jaeger, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique », *VST – Vie Sociale et Traitements*, n° 131, p. 104-119, n° 132, p. 105-115, 2016, et n° 133, p. 104-123, n° 134, p. 109-126, 2017.

Des racines profondes, entre servitude et religiosité

Remonter à l'origine même de la profession s'avère une tâche ardue. Si l'on se cantonne au « statut », la première trace administrative pourrait s'ancrer en 1907, année de la création du diplôme d'infirmier psychiatrique départemental. En revanche, si l'on emprunte à Jean Oury sa définition des fonctions et des rôles¹, ce nouveau calque nous autorise à revenir bien plus en amont. Si, stricto sensu, la « profession infirmière » est un statut récent, il n'empêche que la fonction sociale de soignant, elle, est ancienne...

Dans l'Antiquité les domestiques se retrouvent en charge des rituels de guérison. Qu'il s'agisse des injonctions coercitives de Celse ou des prescriptions de dialogue de Soranos d'Éphèse, les serviteurs s'acquittent des décisions ordonnées par ces médecins de l'âme.

Dans le Moyen Âge dominé par le dogme catholique, la folie devient, dans la lecture de nombreux messages religieux, le symbole du péché, une punition divine. Le devoir de charité chrétienne invente l'hospitalité des indigents, et les « fols » trouvent refuge dans les premiers « hôpitaux » du Moyen Âge. En ces lieux, les soins demeurent rudimentaires, l'« hôpital » renvoyant ici à son étymologie première : « hospitale, hostel, lieu hospitalier ». Au cœur des temps médiévaux le soignant se fond dans le religieux. Les réponses aux souffrances psychiques passent, le plus souvent, par l'exorcisme ou les processions.

Cette place occupée par les ecclésiastiques dans l'assistance des « fols », symbolisée par Jean Cleudat, responsable de l'ordre de Saint Jean de Dieu, va traverser les siècles et perdurer bien après la loi de séparation de l'Église et de l'État de 1905. Les sœurs vont occuper l'espace du soin et de la prise charge des malades mentaux pour des siècles et inspirer, selon les périodes historiques, le respect, la crainte ou le rejet. Elles n'en demeurent pas moins des figures incontestées de cette histoire.

Nos ancêtres les gardiens de fous

L'obscurantisme catholique atteint son apogée au début de la Renaissance avec la chasse aux hérétiques et ses bûchers qui dévorent nombre d'insensés dans l'impossibilité de convaincre leurs bourreaux – « Dieu reconnaîtra les siens... ». Même si la fin de la Renaissance laisse place à une certaine émancipation intellectuelle, le XVII^e siècle reste marqué par l'édit royal de

1. J. Oury, « Statut, rôle, fonction », <http://cliniquedelaborde.pagesperso-orange.fr/Auteurs/OURY%20jean/Textes/texte11>.

1656. Dans un contexte sanitaire jugé préoccupant au sein des cités, Louis XIV ordonne la création de grands établissements dédiés à l'internement des populations errantes du royaume. Là encore, le soin n'est pas au cœur du projet ; il s'agit de lutter contre la mendicité et d'enfermer vagabonds, indigents, fols, vénériens et autres tuberculeux¹. C'est ici la création ou la reconversion en « hôpital général » d'établissements emblématiques comme la Salpêtrière ou Bicêtre. Le grand renfermement, comme l'a nommé plus tard Michel Foucault², montre vite ses limites et les conditions de vie des détenus sont inhumaines. Cette période de la grande histoire de la psychiatrie, symbolisée par la célèbre peinture de la *Nef des fous*³, allégorie du rejet de la différence, donne naissance à un autre corps de métier aux origines lui aussi de la profession, les tout premiers « gardiens ».

Marcel Jaeger les positionne au départ de son essai historique « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique ». Pour l'auteur, ce corps de métier « donne le témoignage de ce que le savoir doit à l'ignorance et de ce que le projet psychiatrique d'apaisement des esprits doit à la violence brute⁴ ». Le ton est donné. Le recrutement des gardiens se fait dans les plus basses couches sociales, à la recherche d'hommes au physique assez solide pour contenir les accès de fureur des internés. Soldats sans bataille à mener, anciens malades parfois, repris de justice, vagabonds, ils ont en commun un besoin urgent de survivre et se plient aux conditions de travail extrêmes quasi inhumaines de l'asile. Giordana Charuty⁵ retrace à l'aide des archives départementales de l'Aude des exemples précis de ce mépris institutionnel. À l'intérieur de cet espace de coercition, leurs rôles oscillent entre surveillance et punition. La vie commune obligatoire et permanente avec les malades et autres exclus de la société, le célibat imposé, le salaire misérable n'arrangent rien, l'alcool non plus. Le peuple français le leur rend bien. Les termes de « gardes-chiourmes », « torche-cul » font leur apparition. Ils vont perdurer.

La laïcisation à marche forcée, la création des grands hôpitaux publics et, après 1838, des asiles donnent aux gardiens un rôle central dans la gestion du quotidien au sein de ces institutions, bien plus que ne l'avaient projeté les aliénistes.

1. J.-M. Tubœuf, *Histoire de l'institution psychiatrique et des infirmiers en psychiatrie*, Saint-Denis, Edilivre.
2. M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972.
3. *La Nef des fous*, de Jérôme Bosch (vers 1500).
4. M. Jaeger, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 1. L'anti-mythe Jean-Baptiste Pussin », art. cité.
5. G. Charuty, *Le Couvent des fous*, Paris, Flammarion, 1992.

Jean-Baptiste Pussin, une figure historique infirmière

Au milieu de cette nébulosité, des figures historiques, aujourd'hui oubliées ou méconnues, dans une forme de « résilience professionnelle », réussissent à s'extraire de ce quotidien macabre. Ils ont pour certains contribué, dans leur environnement, à poser les premières pierres des « savoirs secrets¹ » et de la « convivance² ».

En réalité, peu d'infirmiers aujourd'hui connaissent le surveillant de Bicêtre Jean-Baptiste Pussin, ou en possèdent une vision incomplète, décharnée de tout ce que l'homme a légué aux savoirs infirmiers. Dès 1785, le surveillant s'attache à améliorer le quotidien hygiénique et alimentaire des internés de Bicêtre. Malgré les refus de son administration, l'économe en tête, l'absence de soutien médical, Pussin et sa femme, Marguerite Jubline, trop souvent oubliée elle aussi de l'histoire, vont rivaliser d'ingéniosité et réussir jour après jour à modifier les conditions de vie des insensés du bâtiment neuf³. Ils n'ont jamais entendu parler de William Tuke, mais leurs actions entrent pleinement dans le courant philanthropique qui souffle outre-Atlantique durant la même période.

Pussin ne s'arrête pas là, et dans une méthode quasi empirique, il va noter, classer, évaluer et consigner l'ensemble de ses observations dans son *État des fous de Bicêtre* (1792)⁴. Dès lors, ses actes⁵ – dont beaucoup entreraient dans les soins informels identifiés aujourd'hui par Jean-Paul Lanquetin et Sophie Tchukriel⁶ –, plaident pour ancrer sa place dans l'histoire des infirmiers psychiatriques. Pour Dora Weiner⁷, c'est bien Pussin qui retire les chaînes des furieux de Bicêtre en 1792, même si le docteur Pinel est devenu plus tard la figure iconographique de ce geste inaugural.

1. Expression utilisée par L. Bonnafé pour évoquer les savoirs développés par les infirmiers dans le quotidien asilaire.
2. Terme utilisé par G. Daumezon pour décrire la cohabitation harmonieuse entre infirmiers et malades.
3. Pavillon réservé aux « insensés » dans l'hôpital de Bicêtre.
4. Manuel contenant une tentative de classement et de tri sémiologique des malades.
5. Cf. M. Jaeger, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 1. L'antimythe Jean-Baptiste Pussin », art. cité, p. 108-111 ; cf. aussi M. Didier, *Dans la nuit de Bicêtre*, Paris, Gallimard, 2006, p. 29, 157, 158.
6. J.-P. Lanquetin, S. Tchukriel, *L'Impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie*, 2012 ; en ligne : <https://www.santementale.fr/medias/userfiles/files/GRSI-rapport-informel.pdf>.
7. D. Weiner, « Philippe Pinel et l'abolition des chaînes », *L'Information Psychiatrique*, 1980.

Pussin n'est pas une exception ; d'autres personnalités méritent elles aussi de retrouver cette place de pionniers du soin psychiatrique, à l'instar de Marguerite Bottard dite « Bobotte », ou de tant d'autres anonymes laïcs et religieux¹.

Naissance d'une profession

La « loi des aliénés » du 30 juin 1838 pose les bases du premier dispositif de soin en psychiatrie. L'asile y occupe une place centrale. La pensée d'Esquirol repose sur une utopie baignée de théorie morale exempte de toute la complexité logistique, matérielle et humaine, exigée par le quotidien institutionnel. Les moyens ne sont pas à la hauteur, les psychiatres se montrent dépassés par une mécanique d'exclusion sociale débridée, la surpopulation asilaire est partout. Les prises en charge des malades dépendent alors, principalement, du personnel de proximité. Si les religieuses ont longtemps constitué un rempart face à la brutalité des gardiens, le processus de laïcisation enclenché après la révolution diminue peu à peu leur influence.

Plutôt que de remettre en question un système, le premier réflexe des aliénistes, dans une grande majorité, va se résumer à trouver des coupables. Ils sont tout désignés. Ignares, alcooliques, violents, le corpus médical analyse la situation et pose le diagnostic du « sadisme du pauvre » chez le personnel subalterne. Quelques psychiatres – à l'image du Dr Morel inspiré par les réflexions philanthropiques de John Conolly – vont cependant s'élever contre cette vision dogmatique et évoquer la nécessaire instruction des gardiens. Si le choix des gardiens avait questionné Celse dans l'Antiquité, c'est Cabanis, en 1791, qui reprend l'importance de ce personnel dans sa réflexion globale sur les lieux d'enfermement des insensés.

La première école d'infirmiers d'asile ouvre en avril 1878, à la Salpêtrière, puis une deuxième en mai à Bicêtre. C'est la concrétisation du projet du Dr Désiré-Magloire Bourneville. Ce politique, très implanté à gauche, importe les idées anglo-saxonnes de professionnalisation des gardiens, même si elles sont loin de faire l'unanimité chez ses confrères.

La résistance médicale ne représente pas le seul obstacle à la professionnalisation. Les carences éducatives, avec un niveau d'illettrisme important chez les candidats, entraînent de nombreux échecs. Henri Collin, médecin-chef de Villejuif, alors secrétaire général des écoles d'infirmiers

1. D. Friard, « Sœur O., Mme E., les oubliées de la révolution psychiatrique », *Soins*, n° 704, 2006, p. 46-47.

et d'infirmières, contribue au vote de l'arrêté du 4 avril 1907 créant le premier diplôme d'infirmier psychiatrique départemental. L'enseignement passe à 3 ans et le premier grand manuel de psychiatrie, écrit par Mignot et Marchand, est édité en 1912. Les conditions des étudiants restent cependant trop compliquées. Les cours qui se déroulent après la journée de travail n'arrangent rien. Tout cela concourt à un taux de réussite ici encore très décevant.

L'inaccessible diplôme d'État

Dans le contexte de sortie de la Grande Guerre, qui a mis en exergue le rôle joué par les infirmières, Léonie Chaptal va convaincre Paul Strauss, ministre de l'Hygiène et de l'Assistance, de créer le « brevet de capacités professionnelles » qui offre le premier statut d'« infirmière diplômée d'État », le 27 juin 1922. Henri Collin tente alors de permettre aux infirmiers d'asile d'accéder à ce titre de diplôme d'État. La tâche se révèle ardue. L'hétérogénéité des diplômes départementaux et des enseignements dispensés selon les asiles rend difficile la valeur d'une équivalence commune. Le 25 décembre 1927, un décret instaure une formation sur 5 ans. Les résultats, une fois encore, ne sont pas au rendez-vous et il règne une véritable cacophonie dans le parcours certifiant pouvant conduire un infirmier d'asile au diplôme d'État. L'État persiste avec un nouveau programme promulgué par l'arrêté du 26 mai 1930, sans résultat.

Le décret du 18 février 1938, qui exige la possession du diplôme d'État pour la reconnaissance de la qualité d'infirmier, entérine la scission entre infirmiers diplômés d'État (IDE) et infirmiers psychiatriques. À partir de 1938, théoriquement, les infirmiers d'asile retournent dans leur statut de gardien ou de serviteur. Pour compenser ce vide juridique et politique, une solution est trouvée en accordant, par un système de validation à l'ancienneté, la qualification d'infirmier.

La loi du 15 juillet 1943, puis l'ordonnance du 21 août 1944 exigent 5 ans d'ancienneté et la validation par une commission régionale ; mais il est précisé que son exercice est strictement limité à celui des hôpitaux psychiatriques. La régularisation du personnel « infirmier » en place dans les centres hospitaliers spécialisés va durer des années, mais la séparation entre les « jumeaux dizygotes », IDE et psy, est alors effective. Par bien des aspects, 1938 s'apparente à l'antichambre de 1992.

Le virage de la Seconde guerre mondiale

La concomitance de trois événements, social, biologique et intellectuel, à la sortie du deuxième conflit mondial, va donner une nouvelle épaisseur au processus de professionnalisation enlisé dans les dernières réformes.

L'« hécatombe des fous »¹, avec plus de 45 000 morts dans les asiles français durant la guerre, provoque en 1945 un choc national et amorce une vision différente de la prise en charge de la maladie mentale. Le destin funeste de Camille Claudel, internée à Montdevergues, à Montfavet, illustre celui de ses milliers de compagnons d'infortune. Peut-être pire qu'une volonté eugénique d'extermination, les Français ont oublié jusqu'à l'existence même des malades mentaux, la plupart étant morts d'inanition. L'analogie, avec la découverte dans le même temps de l'horreur des camps de concentration nazis, produit un électrochoc dans la société française. Pour la première fois, depuis des siècles, la population va tenter d'humaniser sa vision de la folie et accueillir plus favorablement les réformes de désinstitutionnalisation à venir où les infirmiers vont être amenés à jouer un rôle majeur.

Le deuxième événement est « biologique ». Depuis le siècle des Lumières, les traitements se développent, pour le pire et rarement le meilleur. Leur fonctionnement devient néanmoins de plus en plus complexe et nécessite une assistance formée. Des bains à couvercle aux cures de Sakel et jusqu'aux premiers électrochocs, l'infirmier-gardien devient indispensable pour répondre à la demande croissante de ces soins spécifiques. En 1951, Henri Laborit, avec la collaboration de Paul Charpentier, découvre la célèbre chlorpromazine². Jean Delay et Pierre Deniker, médecins à Sainte-Anne, vont expérimenter l'année suivante le traitement sur des pathologies psychiatriques avec des effets notables pour l'époque. L'utilisation massive des psychotropes dans les hôpitaux psychiatriques qui suivent la découverte du Largactil[®], avec leur surveillance et leur nécessaire distribution, vont octroyer à l'infirmier une nouvelle responsabilité et bouleverser leur *praxis*.

Le dernier événement, d'ordre intellectuel, appartient au domaine de la résilience que l'on peut observer dans les heures les plus sombres d'une guerre et qui révèle ce qu'il existe de meilleur chez des individus. Un asile ne déplore ainsi que peu de décès de malades en France en 1945 ; il s'agit

1. I. von Buelzingsloewen, *L'Hécatombe des fous*, Paris, Aubier, 2007.

2. Molécule chimique du premier neuroleptique (Largactil[®]).

de celui de Saint-Alban-sur-Limagnole, au fond de la Lozère. Bonnafé, Tosquelles, Balvet, Despinoy, Canguilhem, Daumezon, et tant d'infirmiers et de patients anonymes ne résistent pas seulement aux Allemands, ils luttent aussi contre le paradigme de l'aliénation et de l'enfermement. Ce décloisonnement physique et psychique va bouleverser la vision des rapports entre soignants et soignés, mais aussi entre membres d'une équipe. Les bases de la psychothérapie institutionnelle sont jetées et avec elles la valorisation du rôle des infirmiers. Le « camisard psychiatre¹ » Daumezon propose la création d'écoles régionales préparant au diplôme d'État tout en défendant l'idée que « la spécialité d'infirmier psychiatrique est une spécialité authentique ».

Naissance des infirmiers de secteur psychiatrique (ISP)

Le projet d'une formation de qualité anime les réflexions chez plusieurs médecins. L'École supérieure d'infirmiers et infirmières psychiatriques ouvre ses portes à Maison Blanche le 27 décembre 1946. Bien que cette école soit unique, elle témoigne de la volonté de sortir de l'impasse. Le psychiatre Théodore Simon l'inaugure avec un discours élogieux à l'égard du travail d'infirmier psychiatrique.

Les CEMÉA ou centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active offrent, pour leur part, le calque de travail de la future formation des ISP. Germaine le Guillant, son mari Louis, Horace Torrubia, Serge Lebovici et Georges Daumezon initient dans ces centres des séquences de rencontre, d'échanges, de réflexion sur les pratiques. Il en résulte une théorisation de la pratique quotidienne des infirmiers matérialisée par le lancement de leur propre revue, *V.S.T. – Vie Sociale et Traitements*, en décembre 1954.

En 1955, un programme de formation identique pour l'ensemble des écoles d'hôpital psychiatrique se met en place sur l'ensemble du territoire. Le contenu quantitatif et qualitatif reste cependant éloigné des projections intellectuelles des CEMÉA. Ce nouvel échec ouvre cependant la porte à de nouvelles propositions. Dans le même temps, l'émancipation infirmière émerge doucement d'années de servitude.

1. P. Krzyzaniak, *Georges Daumézou (1912-1979) : un camisard psychiatre et pédagogue : une contribution singulière aux sciences de l'éducation*, doctorat en sciences de l'éducation, Université de Lille Nord, 2017 ; <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01775336/document>.

Marius Bonnet, infirmier de Saint-Alban, publie en 1952, dans la revue *Esprit*¹, une véritable première pour la profession. En 1958, au côté de son « larron de foire » Louis Gauzy, et avec la complicité de François Tosquelles, ils portent la parole des infirmiers psychiatriques dans une conférence internationale à Barcelone. Le plafond de verre se fissure.

André Roumieux, première promotion de l'école des Bleus, peut être présenté comme un des pionniers de ce mouvement. L'infirmier de Ville-Évrard, par son engagement et sa plume, ouvre la voie intellectuelle dans laquelle vont s'engouffrer les auteurs les plus prolifiques de la profession. Son premier ouvrage, *Je travaille à l'asile d'aliénés*², publié en 1974, témoigne de cette nouvelle forme d'engagement.

L'arrêté du 16 février 1973 définit le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique. Le fruit des réflexions du groupe de Sèvres³ sert de base au programme de formation. La formation s'étend sur 28 mois avec 1 580 heures d'enseignement théorique. Elle est rémunérée sur la base du SMIC. À l'issue de cette nouvelle formation, les premiers ISP vont prendre leurs fonctions dans un nouveau statut.

La période dorée des ISP

Jean-Louis Gérard qualifie ces promotions d'ISP d'« infirmiers nouvelle génération ». Le choc de culture entre « anciens » et « nouveaux » est saisissant dans les services de soins en cette période, les « anciens » qualifiant leurs collègues d'« intellectuels ». S'il est possible de parler d'une période dorée des ISP, il convient d'évoquer les résistances rencontrées sur le terrain à la mise en place de nouvelles pratiques. Le dispositif asilaire en place depuis deux siècles n'a pas partout opéré sa mue. Plusieurs livres autobiographiques d'infirmiers, contemporains de cette époque, témoignent de la complexité de ce changement à l'intérieur des services⁴. De plus, la formation initiale, qui offre un salaire à l'étudiant, n'attire pas que

1. M. Bonnet, « Le Témoignage d'un infirmier », *Esprit*, « Misère de la psychiatrie », décembre 1952.
2. A. Roumieux, *Je travaille à l'asile d'aliénés*, Paris, Champ Libre, 1974.
3. Ces rencontres, initiées par Daumezon et Le Guillant, vont réunir des médecins des hôpitaux psychiatriques, des psychiatres et des psychanalystes d'exercice privé ainsi que des moniteurs des CEMÉA.
4. Cf. par exemple : A. Cocuzza, *Une psychiatrie, un infirmier, une histoire*, Paris, Thélès, 2005 ; A.-X. Albertini, *Journal fou d'une infirmière*, Paris, Laffont, 1976 ; J.-J. Durand, *Moi l'infirmier des fous*, Paris, France Loisirs, 1982.

des futurs soignants passionnés par l'humain ; les gardiens n'ont pas partout dit leur dernier mot.

Dans l'odeur de poudre post-soixante-huitarde, la force militante s'éveille aussi. En témoigne le tour de force du Congrès d'Auxerre de 1974¹, où les médecins réunis pour débattre du « Rôle et de la formation de l'infirmier psychiatrique » avaient omis d'intégrer les principaux concernés à la discussion. Ils s'inviteront ! Intervient ici l'action de l'AERLIP (Association pour l'étude et la rédaction du livre des institutions psychiatriques), formée essentiellement d'infirmiers. Ceux-ci se mobilisent ensuite pour la rédaction des cahiers du Livre blanc en psychiatrie qui dénonce les errements de la discipline. D'autres organes associatifs émergent, le plus fameux restant sans conteste le GERIP, ou Groupement d'étude et de recherche des infirmiers psychiatriques. Créé en 1968, il constitue un organe d'étude de la profession et de la formation ; il a donné naissance à l'INFIPP ou Institut national de formation des infirmiers et du personnel psychiatrique en 1976. L'Association nationale fédérale des infirmières en psychiatrie (ANFIP), initié par un groupe d'infirmiers du CMP Sainte-Marie de Clermont-Ferrand en 1982, contribue elle aussi à cette émulation intellectuelle collective et sera amenée à tenir un rôle important dans les périodes troublées à venir.

L'arrêté du 26 avril 1979 fait passer la formation de 28 mois à 33 mois. Cet allongement se double d'une attention portée à la qualité des enseignements, les cours étant donnés par des cadres formateurs psychiatriques, au sein d'écoles situées au cœur des hôpitaux. Le contenu se veut riche et réflexif, avec des apports variés issus de la psychanalyse, de la psychothérapie institutionnelle, etc.

Du côté de la recherche en soin, Jean-Louis Gérard, dans un rôle précurseur, offre les premiers travaux de valeur scientifique². Fer de lance de la recherche dans le périmètre des soins infirmiers psychiatriques, ses travaux, son investissement et son parcours ouvrent un nouveau champ de possibles.

L'association Serpsy (Soin Études et Recherche en PSYchiatric), créée en 1998³, avec également un site internet et un forum⁴, constitue une for-

1. Cf. D. Friard, *Épistémologie du soin infirmier*, Paris, Seli Arslan, 2021, p. 132-133.
2. O. Esnault, « Jean-Louis Gérard, maître compagnon des infirmiers psychiatriques », *Soins*, n° 704, 2006.
3. Cf. E. Digonnet, D. Friard, A.-M. Leyreloup, M. Rajablat, *Schizophrénie et soins infirmiers. Une approche clinique du traitement et des soins*, Paris, Masson, 2004.
4. L'ancien site est consultable à cette adresse : <https://serpsy.org/> ; le nouveau, à cette adresse : <http://www.serpsy1.com/>.

midable base de données qui témoigne de la réflexion ontologique et épistémologique menée par ces professionnels ISP. On rencontre alors des personnalités ISP dans tous les champs : académique, recherche, formation, édition, rédaction de revue, clinique, politique et syndical.

Jusqu'au 22 mars 1992, l'ISP possède une véritable identité professionnelle. Ce groupe de femmes et d'hommes, dans la dynamique post-moderniste des années 1970, est entré dans un processus d'émancipation. Imprégnés par la culture de la psychothérapie institutionnelle et portés par les politiques de sectorisation, nombre d'entre eux ont aidé à réinventer le soin psychiatrique. Les prises en charge croisent, entre autres, la sociothérapie, l'ergothérapie, la réhabilitation psychosociale et la convivance infirmière. Les patients partent en séjour thérapeutique, peignent, écrivent, critiquent. La parole occupe une place centrale dans la philosophie des soins pratiqués et le raisonnement clinique habite la *praxis* dans un grand nombre de lieux. Les blouses restent la plupart du temps accrochées au vestiaire. Cette force collective vibre le plus souvent aux sons du syndicalisme et des mouvements associatifs. Pourtant, le 23 mars 1992, ces individus qui consacrent leur temps à réparer les blessures psychiques des autres vont vivre « leur » traumatisme.

1992, une ligne de fracture

L'arrêté du 23 mars 1992 fixe la naissance du diplôme d'État polyvalent et l'acte de décès de la formation spécifique des ISP. Le discours d'État se veut progressiste pour expliquer ce choix de fusion des filières infirmières en invoquant de « nouvelles données scientifiques »¹. Dans un nouveau modèle de santé biopsychosocial, il s'agit de penser une formation holistique unique. Le contraste est grand cependant entre cette pensée et la lecture du programme par modules proposé en 1992 où seulement 400 heures restent dédiées à l'enseignement théorique de la psychiatrie. Le gouvernement en place avance également l'argument de l'uniformisation européenne. Pour les défenseurs du diplôme d'ISP, la suppression de la rémunération étudiante et la malléabilité en ressource humaine que va offrir la polyvalence constituent les principaux mobiles de cette dé-spécialisation.

Les professionnels de la psychiatrie ne rejettent pas en bloc la réforme et se retrouvent même divisés sur le sujet. Les « conservateurs » militent pour leur spécialité et les « progressistes » pour une spécialisation après le

1. *Journal Officiel de la République Française*, Sénat, 16 avril 1992, p. 968.

trunc commun¹. Le débat est évacué par l'arrêté du 30 mars 1992 qui impose aux ISP une validation de 3 mois de stage en milieu somatique pour prétendre accéder au diplôme d'État infirmier. Ce premier coup bas constitue le point de départ d'une période troublée parmi les ISP. Le décalage historique émerge à nouveau entre les « jumeaux dizygotes » et le sentiment de disqualification devient violent, car à aucun moment la question de stages en psychiatrie, par symétrie, ne se posera.

Mais certaines régions refusent de mettre cet arrêté en application, ce qui provoque, entre 1992 et 1997, de nombreuses manifestations : 26 au total, dont la plus importante rassemble, le 13 mars 1997, plus de 10 000 ISP – ce qui correspond à cette époque au sixième des effectifs totaux. Ils ont été entendus en 1994 par Simone Veil, alors ministre de la Santé, qui leur a accordé, de droit, une équivalence du diplôme d'État infirmier. L'animosité entre diplômés d'État et ISP monte d'un cran après un recours du CEFIEC (Comité d'entente des formations infirmières et cadres) et de la FNI (Fédération nationale des infirmières) en 1996 pour annuler cette mesure. Est invoqué un trop faible apport de connaissances en soins généraux dans le diplôme infirmier de secteur psychiatrique. Jean-Louis Gérard, lui-même ISP et leader du CNMP (Collectif national de mobilisation en psychiatrie), tente de démontrer le contraire, chiffres à l'appui.

Face à cette adversité, l'argument de l'absence de reconnaissance européenne du diplôme infirmier de secteur psychiatrique est avancé, l'État français ne l'ayant pas inscrit au registre de l'Union Européenne en 1979. L'équivalence ne s'acquiert plus alors qu'après un stage obligatoire de 6 mois au minimum en soins généraux. En 1999, on assiste ainsi à des situations ubuesques où des infirmiers diplômés d'État supervisent leurs collègues ISP et évaluent leurs compétences lors de ces « remises à niveau ». Le 29 décembre 1999, un arrêté étend l'exercice des ISP à tous les domaines – à l'exception du secteur libéral –, l'accès aux spécialités et la circulation européenne. Mais il est trop tard.

L'impact de la déspecialisation sur le terrain

Rapidement après la réforme, les conséquences de la suppression du diplôme d'ISP deviennent visibles sur le terrain. Les nouveaux arrivants, carencés en savoirs psychiatriques spécifiques, se retrouvent dans un envi-

1. A. Leyreloup, « Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie », *Sud/Nord*, n° 25, 2010/1, p. 121-128.

ronnement socioprofessionnel complexe et la situation économique, affaiblie, n'arrange rien. La psychiatrie est en crise. En juin 2003, les psychiatres convoquent des « états généraux de la psychiatrie ». Une fois encore, les infirmiers ne sont pas d'emblée conviés, mais Serpsy, grâce à un lobbying efficace d'E. Digonnet et d'A.-M. Leyreloup, réussit à en être co-organisateur. La mobilisation associative – en particulier celle de Serpsy, du CEFIPsy (Comité d'études des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie) ou de l'ASCISM (Association des cadres et infirmiers en santé mentale) – pour intégrer les échanges donne l'occasion de s'exprimer à plusieurs représentants de la profession. Le débat concernant l'état de l'enseignement initial et de ses besoins débouche sur la proposition d'une formation complémentaire après le diplôme d'État. Elle se heurte au refus des syndicats.

Le 18 décembre 2004, le meurtre d'une infirmière et d'une aide-soignante à Pau met en lumière la situation critique de la psychiatrie publique. Les projecteurs obligent les politiques à réagir. Deux ans plus tard, les réponses se traduisent, dans le Plan psychiatrie et santé mentale (PPSM) 2005-2009, par la mise en place au sein des établissements d'une consolidation des savoirs d'une durée de 120 heures à destination des infirmiers nouvellement arrivés en psychiatrie, complétée par un dispositif de tutorat d'intégration visant à ré-instiller des leviers de transmissions. Après 4 ans de fonctionnement, le bilan de ces mesures demeure difficilement évaluable ; les retours sont positifs mais révèlent la faiblesse du dispositif au regard des besoins¹. Après l'arrêt de leur financement en 2009, la poursuite de ces dispositifs reste liée au bon vouloir des établissements et à leur capacité de les soutenir financièrement.

Les rapports parlementaires d'A. Million et d'E. Couty de 2009 dressent un tableau alarmant de l'état de la santé mentale en France et recommandent la nécessaire consolidation des apports dans l'enseignement délivré aux infirmiers psychiatriques. La même année, la réforme universitaire de la formation initiale² infirmière réduit à 80 heures le contenu théorique dédié à la psychiatrie. Cette nouvelle saignée dans les savoirs dédiés à la santé mentale interroge les différents acteurs de la discipline au regard du contexte global. Alors que l'épidémiologie croissante des troubles psychiques, le manque de psychiatres mais aussi les politiques ambitieuses de psychiatrie communautaire tournées vers le rétablissement

1. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_Plan_psychiatrie_et_sante_mentale_2005-2008.pdf.

2. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.

positionnent les infirmiers en premières ligne, leur socle professionnel n'a jamais été aussi fragile. De nombreuses initiatives existent dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), et les formations professionnelles et universitaires proposent des alternatives par l'intermédiaire de certificats professionnels, de Masters ou de diplômes universitaires (DU) spécifiques. Mais ces formations restent localisées, disparates ou difficiles d'accès.

Enfin, après des débats, et un an après trois autres spécialités, le diplôme d'infirmier en pratique avancée (IPA) mention psychiatrie et santé mentale est créé en août 2019¹. Peut-on qualifier la filière IPA de victoire pour tous ceux qui plaident pour une spécialisation des infirmiers psychiatriques ? Attention à l'arbre qui cache la forêt...

Conclusion

Ce texte témoigne de la richesse de l'histoire de l'infirmier psychiatrique français et de la formidable contribution des infirmiers de secteur psychiatrique. Demain, ces derniers ne seront plus avec les infirmiers psychiatriques sur le terrain. L'exercice de synthèse ne permet pas de rendre hommage individuellement à chacune et chacun d'entre eux, mais au nom de la profession, merci. Il appartient aux nouvelles générations de s'inspirer de ce modèle vicariant d'émancipation pour éviter les pièges tendus par un contexte socio-économique terriblement complexe. Les infirmiers aujourd'hui, partout sur le territoire, démontrent quotidiennement d'extraordinaires habiletés et déploient des trésors de créativité au service du patient. Ces nouvelles *praxis* gagneraient certainement à s'enrichir de ces savoirs historiques pour porter la profession vers la reconnaissance qu'elle mérite, enfin.

Benjamin Villeneuve est infirmier psychiatrique, cadre de santé, formateur et doctorant ; il est aussi chercheur associé rattaché au laboratoire IHM (Institut des humanités en médecine).

1. Le décret n° 2019-836 du 12 août 2019 permet aux infirmiers titulaires du diplôme d'État d'accéder à la formation d'infirmier en pratique avancée.

Ce texte, présenté en épilogue, ne se réduit pas à une simple restitution des grandes étapes historiques. Il rassemble, sous la forme d'une mosaïque pleine de sens, des fragments

souvent dispersés, des éléments marginaux, parfois oubliés, parfois isolés, mais qui, une fois mis en regard les uns des autres, dessinent une trajectoire professionnelle jusqu'ici peu racontée. Une trajectoire qui, par les limites mêmes du récit proposé, donne à voir tout ce qu'il reste à écrire et à rechercher. C'est notamment le cas pour cette période clé de l'histoire des infirmier·ères de secteur psychiatrique, où affleurent des dynamiques d'évolution professionnelle qui ne sont encore que partiellement documentées. C'est précisément cette dynamique que la suite de cette thèse propose d'approfondir, en mobilisant cette fois un cadre théorique spécifique : celui de l'empowerment psychologique, qui sera présenté et discuté dans le chapitre suivant.

Références

- Alexander, F. G., Selesnick, S. T., & Allers, G. (1972). *Histoire de la psychiatrie : pensée et pratique psychiatriques de la préhistoire à nos jours*. A. Colin.
- Baillon, G. (2009). Histoires de la psychiatrie. Dans G. Baillon, *Les usagers au secours de la psychiatrie : La parole retrouvée* (pp. 74-125). Érès.
- Baillon, G. (2022). Jacques Hochmann, Les arrangements de la mémoire Autobiographie d'un psychiatre dérangé, Odile Jacob, 2022. *L'information psychiatrique*, 98 (6), 483-485.
- Balvay, G. (1972). *L'infirmier des hôpitaux psychiatriques, sa formation, sa place dans la psychothérapie institutionnelle* [Thèse de médecine, Université de Grenoble].
- Blum, A. & Cerruti, S. (2016). *L'histoire par le bas*. (2017, 21 février). EHESS. <https://www.ehess.fr/fr/conf%C3%A9rence/lhistoire-par-bas>.
- Borsary, A. & Dale, P. (2015). *Mental health nursing : The working lives of paid carers in the nineteenth and twentieth centuries (Nursing History and Humanities)* (1^{re} éd.). Manchester University Press.
- Bostridge, M. (2015). *Florence Nightingale : the woman and her legend*. Penguin UK.
- Bourdelaïs, P., & Faure, O. (2005). *Les nouvelles pratiques de santé : acteurs, objets, logiques sociales, XVIII^e-XX^e siècles*. Belin.
- Brodeur, J. P. (1976). Surveiller et punir. *Criminologie*, 9(1/2), 196-218.

- Braunstein, J. F. (2005). Daremberg et les débuts de l'histoire de la médecine en France. *Revue d'histoire des sciences*, 367-387.
- Burguière, A. (1979, December). Histoire d'une histoire : la naissance des Annales. In *Annales. Histoire, Sciences Sociales*. 34(6), 1347-1359. Cambridge University Press.
- Caire, M. (1993). Pussin, avant Pinel. *Information psychiatrique*, 69(6), 529-538.
- Canguilhem, G. (2003). *Le Normal et le Pathologique*. Presses Universitaires de France (PUF).
- Castel, R. (1977). *L'ordre psychiatrique : L'âge d'or de l'aliénisme*. Éditions de Minuit.
- Charuty, G. (1985, 11 octobre). *Le couvent des fous : L'internement et ses usages en Languedoc aux XIXe et XXe siècles (Nouvelle bibliothèque scientifique) (French Edition)* (0 éd.). Flammarion.
- Chevandier, C. (2011). Un demi-siècle d'une histoire des infirmières et des femmes au travail. *Revue de l'infirmière*, (174), 27-29. <http://www.em-premium.com/article/670098>
- Chevandier, C. (2011). *Infirmières parisiennes : émergence d'une profession (1900-1950)*. Publications de la Sorbonne.
- Cohen, Y. (2008). Réflexions sur l'histoire des infirmières au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 84-93. <https://doi.org/10.3917/rsi.093.0083>
- Collière, M. (1998). *Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Masson.
- Combret, M., Friard, D., Lanquetin, J. & Villeneuve, B. (2022). *Les infirmiers psychiatriques au cœur du soin. Analyses socio-historiques et entretiens avec des professionnels* (1^{re} éd.). Seli Arslan.
- Coudray, M-A, Girault, V. & Bellon, R. (2005). D'une vocation à une profession : 150 ans d'histoire infirmière [dossier]. *SOINS* 2005, (700), 25-53.
- Cyrułnik, B. & Lemoine, P. (2018). *Histoire de la folie avant la psychiatrie*. Jacob.

- Daumezon, G. (1935). *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* [Thèse présentée pour le doctorat en médecine].
- Debout, C., & Magnon, R. (2014). Léonie Chaptal, un leader visionnaire. *Les Tribunes de la santé*, (3), 73-83.
- Diebolt, E., & Fouché, N. (2011). *Devenir infirmière en France : une histoire atlantique, 1854-1938*. Editions Publibook.
- Diebolt, É. (2012). Léonie Chaptal (1873-1937), architect of the nursing profession. *Recherche en soins infirmiers*, 109(2), 93-107.
- Diebolt, É. (2017). Anna Hamilton (1864-1935), l'excellence des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, (4), 85-100.
- Dupeux, D. & Letourneau, D. (1991). *Le secteur psychiatrique*. Lamarre.
- Farge, A. (2007). *Effusions et tourments, le récit des corps : Histoire du peuple au XVIII^e siècle*. Odile Jacob.
- Faure, O. (1994). *Histoire sociale de la médecine* (Vol. 6). Diffusion Economica.
- Fauvel, A. (2005). *Témoins aliénés et " Bastilles modernes " : une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914)* [Thèse de doctorat, Paris, EHESS].
- Fauvel, A. (2013). Cerveaux fous et sexes faibles (Grande-Bretagne, 1860-1900). *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, (37), 41-64.
- Fauvel, A. (2016). De la création à la mutilation : Les récits d'Adèle Lauzier, femme, artiste et folle au XIX^e siècle. *L'Esprit Créateur*, 56(2), 12-24.
- Fauvel, A., Coffin, J. C., & Trochu, T. (2019). Les carrières de femmes dans les sciences humaines et sociales (XIX^e-XX^e siècles) : une histoire invisible ? *Revue d'histoire des sciences humaines*, (35), 11-24.
- Fauvel, A. (2021). Femmes fatales, diaboliques et perverses. Une histoire littéraire et médicale française (XIX^e-XX^e siècles). *Gallia*, 60, 73-88.

- Febvre, L. (1935). Réflexions sur l'histoire des techniques. *Annales d'histoire économique et sociales*, 7(36), 531-535.
- Friard, D., L'entretien infirmier « empêché » ? in *Santé Mentale*, 218, Mai 2017, Quelle place pour l'entretien infirmier ?, 22-27.
- Friard, D. (2021). *Épistémologie du soin infirmier. De la blouse blanche à la toge universitaire : Un modèle des soins et du travail relationnel en psychiatrie* (1^{ère} éd.). Seli Arslan.
- Friard D., et al. (2006). Soins infirmiers psychiatriques : 200 ans d'histoire, *Soins*, n° 704, avril 2006, pp. 26-67.
- Forchuk, C. (1991). Peplau's Theory: Concepts and their Relations. *Nursing Science Quarterly*, 4(2), 54-60. <https://doi.org/10.1177/089431849100400205>
- Foth, Thomas, *Caring and killing. Nursing and Psychiatric Practice in Germany, 1931-1943*, (Göttingen: Universitätsverlag Osnabrück, 2013).
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard.
- Foucault, M. (1993). *Surveiller et punir : Naissance de la prison*. Gallimard.
- Gallien, R. (2020). La chair de l'asile. Le quotidien de la folie, entre violences ordinaires et ambitions disciplinaires (Madagascar, 1941). *Politique africaine*, (1), 71-89.
- Goffman, E. (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Éditions de Minuit.
- Groupe de recherche interprofessionnel sur la profession infirmière (GRIPI). (1986). *L'identité professionnelle de l'infirmière*. Le Centurion.
- Guillemain, H. (2010). *Chronique de la psychiatrie ordinaire : patients, soignants et institutions en Sarthe du XIX^e au XXI^e siècle*. La Reinette.

- Harrisson, S. (2016). Les notes « Observations de l'infirmière » du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort : une source archivistique incontournable en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 41(2), 69-82.
- Harrisson, S. (2017). *Déshospitalisation psychiatrique au sein de la communauté francophone est-ontarienne, 1976-2006 : une approche sociohistorique* [Doctoral dissertation, Université d'Ottawa/University of Ottawa].
- Harrisson, S., & Thifault, M. C. (2021). Corps souffrants. Une construction narrative à partir des mots, des gestes et des silences de mères schizophrènes. *Histoire, médecine et santé*, (17), 117-132.
- Hautgen, T. (2010). Histoire de la folie, de l'Antiquité à nos jours Compte-rendu de l'ouvrage de Claude Quételet (Tallandier, 2009). *PSN*, 8(2), 104-109.
- Hautgen, T. (2017). Les psychiatres historiens. *L'Évolution Psychiatrique*, 82(3), 483-499.
- Henckes, N. & Majerus, B. (2022, 19 mai). *Maladies mentales et sociétés - XIX^e-XXI^e siècles*. La Découverte.
- Hochmann, J. (2017). *Histoire de la psychiatrie*. PUF, coll. « Que sais-je ? ».
- Hochmann, J. (2022). *Les arrangements de la mémoire. Autobiographie d'un psychiatre dérangé*, Odile Jacob.
- Jaeger, M. (1981). *Le désordre psychiatrique : des politiques de la santé mentale en France*. Payot.
- Jaeger, M. (2016a). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique : 1. L'anti-mythe Jean-Baptiste Pussin. *VST - Vie sociale et traitements*, 131, 104-119. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/vst.131.0104>
- Jaeger, M. (2016b). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique : 2. Personnel laïc et personnel religieux. *VST - Vie sociale et traitements*, 132, 105-115. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/vst.132.0105>

- Jaeger, M. (2017a). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique : 3. La constitution d'une profession. *VST - Vie sociale et traitements*, 133, 104-123. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/vst.133.0104>
- Jaeger, M. (2017b). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique : 4. La formation des infirmiers. *VST - Vie sociale et traitements*, 134, 109-126. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/vst.134.0109>
- Kergoat, D. (1992). *Les infirmières et leur coordination*. Ed. Lamarre.
- Klein, A. (2016). L'histoire de la santé : le renouveau interdisciplinaire de l'historiographie médicale francophone. *Revue d'histoire de l'Université de Sherbrooke*, 9(2).
- Klein, A. (2018). Théodore Simon (1873–1961). Itinéraire d'un psychiatre engagé pour la professionnalisation des infirmiers et infirmières d'asile. *Recherche en soins infirmiers*, 135(4), 91-106.
- Klein, A. (2018). Charlotte Tassé (1893-1974), infatigable promotrice du modèle de la garde-malade canadienne-française. *Recherche en soins infirmiers*, (3), 78-93.
- Klein, A., & Parayre, S. (2015). *Histoire de la santé, XVIII^e-XX^e siècles : Nouvelles recherches francophones*. Hermann.
- Klein, A., & Thifault, M. C. (2021). Quelle place pour les femmes francophones dans l'histoire des savoirs infirmiers au Québec ? L'exemple du nursing psychiatrique à Montréal (1912-1963). *Cahiers François Viète*, III(11), 103-125.
- Klein, A., & Thifault, M. C. (2024). Aux origines de la désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec: le rôle oublié des infirmières laïques et religieuses. *Genesis: rivista della Società Italiana delle Storiche: XXIII*, 2, 2024, 25-48.
- Klein, A., Guillemain, H. & Thifault, M. C. (Eds.). (2018). *La fin de l'asile ? histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XX^e siècle*. Presses universitaires de Rennes.

- Knibiehler, Y. (2011). *Histoire des infirmières : en France au XX^e siècle*. Fayard, coll. « Pluriel ».
- Knibiehler, Y., & Leroux-Hugon, V. (1984). *Cornettes et blouses blanches : les infirmières dans la société française, 1880-1980*. Hachette littérature.
- Krzyzaniak, P. (2017). *Georges Daumézon (1912-1979) : un camisard psychiatre et pédagogue: une contribution singulière aux sciences de l'éducation* [Doctoral dissertation, Université Charles de Gaulle-Lille III].
- Krzyzaniak, P., & de Miribel, J. (2016). Les savoirs infirmiers en psychiatrie. Comprendre l'évolution de la profession au XX^{ème} siècle. *Éducation permanente*, (209), 163-173.
- Lanquetin, J.P. (1999). Le diplôme d'État infirmier, entre éthique et récursivité de la question de la folie. *Soins psychiatriques*, 200, 17-20.
- Lanquetin, J.P. (2015). La place de l'informel en psychiatrie. *Pratiques en santé mentale*, 61, 59-67. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/psm.151.0059>
- Lanquetin, J. P. & Tchukriel, S. (2014). L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie. *Psychiatry*, 29(S3), 646. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.010>
- Léonard, J. (1986). *Archives du Corps. Histoire de la santé au XIX^e siècle* (pp.15-17). Presses universitaires de Rennes.
- Leroux-Hugon, V. (1981). *Infirmières des hôpitaux parisiens 1871-1916. Ébauches d'une profession*, thèse d'histoire, Université Paris 7.
- Leroux-Hugon, V. (1992). *Des saintes laïques. Les infirmières à l'aube de la Troisième République*. Sciences en situation.
- Leyreloup, A. (2010). Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie. *Sud/Nord*, 25, 121-128. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/sn.025.0121>

- Majerus, B. (2019). *Parmi les fous : Une histoire sociale de la psychiatrie au XX^e siècle*. Presses universitaires de Rennes.
- Majerus, B. (2011). La baignoire, le lit et la porte : La vie sociale des objets de la psychiatrie. *Genèses*, 82, 95-119. <https://doi.org/10.3917/gen.082.0095>
- Magnon, R. (2001). *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle*. Masson.
- Magnon, R. (2015). Le service infirmier, une révolution tranquille. *Soins Cadres*, 95, 58- 63.
- Mandrou, R. (1962). Trois clefs pour comprendre la folie à l'époque classique. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 17(4), 761-772. <https://doi.org/10.3406/ahess.1962.420879>
- De Miribel, J. (2017). *L'expérience infirmière en psychiatrie et santé mentale: enquête sur les dynamiques de professionnalisation et de construction du rapport au métier* [Doctoral dissertation, Université Charles de Gaulle-Lille III].
- Missa, J. (2006). *Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*. PUF.
- Nadot, M. (2012). *Le mythe infirmier : Ou le pavé dans la mare !*. L'Harmattan.
- Nadot, M. (2020). *La discipline infirmière : les trois temps du savoir*. ISTE Group.
- Namaste, V. (2019). *Savoirs créoles : Leçons du sida pour l'histoire de Montréal*. Mémoire d'encrier.
- Pelletier, J.F., & Davidson, L. (2015). À l'origine même de la psychiatrie comme nouvelle spécialité médicale : le partenariat Pinel-Pussin. *Santé mentale au Québec*, 40 (1), 19-33.
- Perreault, I., & Thifault, M. C. (2012). Les Sœurs de la Providence et les psychiatres modernistes : enjeux professionnels en santé mentale au Québec, 1910-1965. *Études d'histoire religieuse*, 78(2), 59-79.

- Poisson, M. (2015). L'EIEIS et la reconnaissance du service infirmier en France. *Soins Cadres*, 24(95), 54-57.
- Poisson, M. (2018). *L'école Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur (Lyon, 1965-1995): fabrique d'une élite et creuset pour l'émancipation des infirmières françaises du XX^e siècle* (Doctoral dissertation, École doctorale Normandie Humanités).
- Poletti, R. (1973). *Aspects psychiatriques des soins infirmiers*. Le Centurion.
- Porter, R. (1985). The patient's view. *Theory and society*, 14(2), 175-198.
- Postel, J. & Quételet, C. (2012). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Dunod.
- Poulat, E., Collière, M-F., Diebolt, E. (éds). (1988). Pour une histoire des soins et des professions soignantes. *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 66(2), 261-263.
www.persee.fr/doc/assr_0335-5985_1988_num_66_2_2494_t1_0261_0000_1
- Quételet, C. (2009). *Histoire de la folie-De l'Antiquité à nos jours*. Tallendier.
- Revue d'histoire moderne & contemporaine. (2020). La psychiatrie hors de l'asile. Pour une nouvelle histoire de la folie à l'époque contemporaine. *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 67(1).
- Roumieux, A. (1981). *La tisane et la camisole : Trente ans de psychiatrie publique*. JC Lattès.
- Roumieux, A. (1974). *Je travaille à l'asile d'aliénés*. Champ libre.
- Roumieux, A. (2008). Ville-Evrard: Murs, destins et histoire d'un hôpital psychiatrique. L'Harmattan.
- Rubinstein, S. (2020). *La sectorisation psychiatrique en France: Histoire d'une construction juridique et médicale* [Thèse de doctorat, Université Paris 8 Vincennes–Saint-Denis]. HAL Archives ouvertes. <https://hal.science/tel-04108440>

- Santé Mentale. (2019, 26 février). *Aude Fauvel : « Gardiens » et infirmiers en psychiatrie, une histoire inconnue*. RRSPSY. <https://www.youtube.com/watch?v=AP6umoDCG0U>
- Swain, G. (1977). *Le sujet de la folie : naissance de la psychiatrie*. Privat.
- Swain, G., & Gauchet, M. (2007). *La pratique de l'esprit humain : L'institution asilaire et la révolution démocratique*. Gallimard.
- Thomas, S. P. (2014). Emotional dirty work: a concept relevant to psychiatric-mental health nursing?. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(12), 905-905.
- Toman, C., & Thifault, M. C. (2012). Historical thinking and the shaping of nursing identity. *Nursing History Review*, 20(1), 184-204.
- Thifault, M. C., & Desmeules, M. (2009). La quête les archives des Soeurs de la Providence dans le cadre d'une recherche en histoire sur l'enfermement asilaire des femmes au Québec. *Aporia*, 1(4).
- Thifault, M. C. (2011). « Où la charité règne, le succès est assuré ! » Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 1901-1962. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 65(2-3), 179-201.
- Thifault, M. C. (Ed.). (2012). *L'incontournable caste des femmes : histoire des services de santé au Québec et au Canada*. University of Ottawa Press.
- Thifault, M. C. (2020). Un malaise flou en héritage : la construction du savoir infirmier enseigné au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, 143(4), 7-18.
- Thifault, M. C. (2019). « Imaginaire et sensibilités » : la mise en récit de la déshospitalisation psychiatrique en Ontario. *Canadian Bulletin of Medical History*, 36(1), 184-193.
- Thifault, M. C., & Kirouac, L. (2019). Les infirmières psychiatriques témoins d'un mouvement d'humanisation au cours des premières et deuxièmes vagues de la désinstitutionalisation au Québec (1960-1990). *Recherche en soins infirmiers*, (4), 99-108.

von Buelzingsloewen, I. (2015). Vers un désenclavement de l'histoire de la psychiatrie. *Le*

Mouvement Social, 253, 3-11. <https://doi.org/10.3917/lms.253.0003>

Weiner D. B. (1979). The apprenticeship of Philippe Pinel: a new document, "observations of

Citizen Pussin on the insane". *The American journal of psychiatry*, 136(9), 1128–1134.

<https://doi.org/10.1176/ajp.136.9.1128>

Zilliox, H. (1976). *On les appelait "gardiens de fous" : La profession d'infirmier*

psychiatrique. Privat.

Chapitre 3– Cadre théorique sur l’empowerment psychologique de Zimmerman

L’histoire des infirmières et infirmiers psychiatrique s’est longtemps tenue à l’écart des grands récits savants. Invisibilisé·es par l’historiographie médicale, effacé·es des débats publics sur la psychiatrie, ces professionnel·les n’en ont pas moins marqué leur époque par une série de prises de parole et d’actes de résistance qui, bien que méconnus, méritent aujourd’hui d’être relus. Le chapitre précédent a permis d’éclairer ces traces laissées dans la littérature grise, les revues professionnelles ou les écrits militants. Des figures comme André Roumieux, des collectifs tels que l’Association pour l’étude et la rédaction du livre blanc des institutions psychiatriques (AERLIP), ou encore des événements comme celui d’Auxerre qui a opposé en 1974 les infirmiers à des psychiatres, dessinent les contours d’une dynamique bien réelle : celle d’un groupe qui refuse de se taire et qui ose, à sa manière, prendre part à l’histoire.

Ces fragments ont donné lieu à un travail de formalisation dans un chapitre publié dans l’ouvrage collectif *Prendre soin de la folie. Les infirmières et infirmiers psychiatriques dans le monde francophone*, dirigé par Alexandre Klein et Marie-Claude Thifault (2025). Ce texte, qui constitue également l’un des manuscrits de cette thèse, en prolonge ici les analyses pour approfondir les dynamiques d’*empowerment*⁶ professionnel à l’œuvre dans l’histoire des ISP. J’y reviendrai plus loin, en m’appuyant notamment sur l’épisode d’Auxerre, pour montrer en quoi cet événement peut être lu comme une scène fondatrice de l’émergence d’un pouvoir d’agir infirmier. Ce travail ne se limite toutefois pas à documenter un passé méconnu. Il porte une visée plus large : éclairer les dynamiques professionnelles d’hier pour mieux interroger les pratiques contemporaines et à venir. C’est dans cette perspective que s’articule ici l’analyse historique avec une réflexion théorique sur l’empowerment

⁶ Le terme *empowerment* est conservé en anglais dans l’ensemble du manuscrit, conformément à la définition théorique présentée dans le chapitre 3. Il est mis en italique uniquement lors de sa première apparition dans chaque chapitre, selon les conventions de l’APA 7.

psychologique dans le champ de la santé mentale. Ce choix répond à une double nécessité : rendre visibles les expériences d'émancipation portées par ces soignant·es et en tirer des ressources pour penser les conditions d'un pouvoir d'agir infirmier renouvelé.

Le concept d'empowerment, s'il est aujourd'hui largement galvaudé, reste un levier conceptuel précieux lorsqu'il est rigoureusement défini et contextualisé. Il permet d'articuler les dimensions individuelles, collectives et politiques du pouvoir d'agir, en tenant ensemble les perceptions subjectives de contrôle, la conscience critique du contexte et l'engagement dans l'action. Dans cette perspective, ce chapitre propose d'éclairer la généalogie conceptuelle complexe de l'empowerment, avant d'en préciser les contours à partir des réflexions théoriques de Marc Zimmerman. Ce cadre permettra dans la présente recherche d'analyser les dynamiques historiques qui traversent l'histoire des ISP, et d'envisager comment elles peuvent encore, aujourd'hui, nourrir la réflexion et l'action professionnelles.

3.1. L'empowerment, un concept aussi polysémique que polémique

Dans les sciences sociales, les champs infirmier, médical, politique ou économique, comme en psychologie communautaire, en marketing ou dans la publicité, le terme empowerment s'est imposé comme un élément de langage omniprésent, jusqu'à en devenir presque insaisissable. Tel un caméléon, il change de signification selon les lieux, les contextes et les interlocuteurs. Zimmerman (1995) souligne le défi que représente sa mobilisation pour un·e chercheur·euse, notamment en raison des difficultés de traduction conceptuelle. De son côté, Yann Le Bossé (2004) insiste sur la perte de rigueur scientifique liée à son usage courant, qui tend à en diluer le sens critique initial. Le paragraphe suivant revient sur les origines de cette notion, afin d'explicitier les choix de définition, de traduction et d'usage retenus dans le cadre de ma recherche.

3.1.1 Genèse et fécondité du concept d'empowerment. Même si ce point peut être discuté – le terme ayant été mobilisé dès le XIXe siècle par des figures politiques ou philosophiques

pour désigner l'émergence d'un pouvoir d'agir dans le peuple, notamment à travers les révolutions –, la littérature situe généralement la diffusion de cette notion dans les années 1970, en lien avec les mouvements sociaux, et plus particulièrement les luttes féministes en Asie et en Amérique du Nord (Aujoulat, 2007 ; Bacqué & Biewener, 2013 ; Calvès, 2009 ; Le Bossé et al., 2004 ; Zimmerman, 1990). Bacqué et Biewener (2015, p. 7) rappellent néanmoins le rôle pionnier joué par Saul Alinsky dès les années 1930, dans les quartiers populaires de Chicago, à travers la mise en place du *community organizing*. Le travail du sociologue Alinsky, fondé sur le développement d'une conscience critique, se prolonge au Brésil dans les années 1960. Paulo Freire y publie en 1968 *La pédagogie des opprimés*, où il valorise un processus dans lequel un·e individu·e passe d'une conscience dominée à une conscience libérée (Freire, 1982).

En Europe cette dynamique critique va ensuite se métisser avec la tradition critique apportée par les penseurs locaux. En France, Michel Foucault (1976) théorise le biopouvoir comme outil d'analyse des mécanismes d'assujettissement, tandis qu'au Royaume-Uni, Steve Lukes prolonge cette réflexion (1974). Ces apports participent à mondialiser une pensée de l'émancipation fondée sur la conscientisation des rapports de domination et d'exclusion (Blanchette, 2006). Dans le même mouvement, les féministes de la deuxième vague complexifient les approches du pouvoir. Au « pouvoir sur » théorisé par Foucault, elles ajoutent les dimensions de « pouvoir de », « pouvoir avec » et « pouvoir intérieur ». Les revendications changent alors de forme, affirmant le droit de se fédérer — pouvoir avec —, de décider — pouvoir de —, et de vivre une sexualité choisie — pouvoir intérieur — (Bacqué & Biewener, 2013).

Pour Anne-Emmanuelle Calvès (2009), cette lecture critique féministe ouvre la voie à d'autres courants qui s'organisent à leur tour pour contester les rapports de stigmatisation et revendiquer une refondation sociale. À partir des années 1990, la cooptation du vocable par

de grandes institutions internationales, comme l'Organisation des Nations unies, entraîne une dilution progressive de la souche radicale de l'empowerment (Calvès, 2009). Ce glissement conceptuel repose sur l'adoption de principes d'autonomisation et de responsabilisation appliqués aux populations en situation de pauvreté, en substitution à une aide financière verticale, souvent critiquée pour son effet de dépendance et ses résultats incertains. Cette nouvelle approche, associant productivité et responsabilisation des individus, puis des consommateurs, n'échappe pas aux logiques politiques et économiques dominantes. Dans une perspective néolibérale, l'empowerment devient un levier de responsabilisation des acteurs et des communautés locales, désormais envisagées comme moteurs de croissance. La finalité se transforme, tandis que la sémantique reste inchangée. Parallèlement, la remise en cause des systèmes en place touche également de nombreux autres champs d'action, notamment dans les domaines de la santé et du médicosocial (Le Bossé et al., 2004).

Le concept s'introduit ainsi dans différentes disciplines scientifiques — sociologie, psychologie du travail, médecine, éducation — sans toujours bénéficier d'un cadre conceptuel stabilisé. La psychologie communautaire, avec des auteurs comme Julian Rappaport, Zimmerman ou Charles Kieffer, tente de clarifier cette approche. D'autres champs, en revanche, peinent à structurer son usage, sans que cela n'en freine l'essor (Le Bossé et al., 2004). Au fil du temps, la notion devient un terme commun, largement repris dans les discours du coaching ou du bien-être, souvent vidé de sa substance critique. Dans le champ académique, ce phénomène expose à un risque de perte de validité et de crédibilité scientifique. Marie-Hélène Bacqué et Carole Biewener (2015, p. 16-17) proposent une typologie issue de cette dérive historique. Elles identifient trois modèles de l'empowerment : un modèle « radical », vecteur de transformation sociale ; un modèle « libéral », associé à l'égalité et à la gouvernance ; et un modèle « néolibéral », qui encourage les individus à

s'intégrer aux logiques de marché. Cette grille de lecture, tout en offrant des repères utiles aux chercheur·euse, met en évidence le morcellement du concept observé aujourd'hui.

La mobilité, le polymorphisme et les caractéristiques polysémiques de l'empowerment contribuent à le rendre difficile à cerner. À la lumière de cet éclairage historique, la mise en garde formulée par Zimmerman (1995) prend tout son sens. Mobiliser cette notion dans le cadre d'une recherche scientifique exige donc une définition rigoureuse, à la fois valide et crédible. Pour un chercheur ou une chercheuse francophone, cela suppose également, en amont, une réflexion approfondie sur les enjeux de traduction.

3.1.2 La traduction et la définition de l'empowerment, un choix cornélien. La traduction francophone du terme empowerment demeure délicate. La force de cet anglicisme réside sans doute dans sa capacité à exprimer, simultanément, l'idée de pouvoir – au sens de power – et celle du processus pour y accéder. Le Bossé (2008) propose l'une des analyses les plus approfondies à ce sujet. Selon lui, « le préfixe “e” traduit l'idée d'un mouvement, vient ensuite le radical “power” qui correspond au terme “pouvoir” en français et précise l'objet du mouvement introduit dans le préfixe. Enfin, le suffixe “ment” qui rend l'idée d'un résultat tangible » (Le Bossé, 2008). Or, ce triptyque reste difficilement transposable dans la langue française. Le terme « autonomisation » rend compte du processus, mais ne porte pas la notion de pouvoir. À l'inverse, l'expression « pouvoir d'agir » souligne bien la dimension du pouvoir, mais omet la dynamique transformationnelle qu'implique le processus. D'autres propositions, telles que « émancipation », peuvent paraître proches, mais se heurtent à des ambiguïtés juridiques et culturelles, notamment dans le contexte français (Bacqué & Biewener, 2015, pp. 6-7). Confronté à cette difficulté au Québec, Le Bossé et son équipe (2004) ont proposé l'expression « développement du pouvoir d'agir », plus précise mais plus lourde à manier dans l'écriture comme dans les échanges professionnels. En définitive, ces réflexions montrent le prix à payer lorsqu'on choisit de s'éloigner de l'anglicisme d'origine.

Dans le cadre de cette thèse, je fais le choix de conserver le terme empowerment⁷ dans sa forme originelle, considérant que sa richesse sémantique l'emporte sur les exigences de traduction. Cette position appelle désormais une définition claire et rigoureuse de la notion, condition préalable à sa mobilisation dans l'analyse.

La synthèse historique présentée précédemment permet de mieux comprendre la mobilité du concept d'empowerment, ainsi que la complexité de ses formes et usages. Isabelle Ajoulat (2007), en s'appuyant sur Kieffer (1984), propose de le définir à partir de son contraire, *powerlessness*, qu'elle traduit comme « l'existence d'une situation ou d'un environnement aliénant conférant à un groupe, ou à un individu dans un groupe, un sentiment d'impuissance ou d'incapacité ». Pirjo Pollari (2017) mobilise quant à elle le terme *disempowerment*⁸, qu'elle construit autour de deux critères : le manque de contrôle perçu et la faible efficacité personnelle. Le continuum qu'elle identifie, allant du *disempowerment* à l'empowerment, constitue un élément fondamental pour souligner la dimension processuelle de cette notion. À ce stade, se pose également la question du sens même du radical power. Sur ce point, les travaux de Le Bossé (2008) apportent des éléments éclairants. Ce dernier interroge la nature du pouvoir mobilisé et identifie deux grandes lignées de sens. La première, issue de la racine indo-européenne *poti*, renvoie à l'idée de « maître de maison ». Cette racine a donné naissance, dans les langues grecques et latines, à des termes liés à la puissance d'agir sur le monde, comme « puissance », « pouvoir politique » ou « diriger ». La seconde, issue du verbe latin *possum*, renvoie plutôt à la notion de possible (Picoche, 2002). Sans être totalement opposées, ces deux familles de sens désignent des réalités suffisamment distinctes pour ne pas être confondues (Le Bossé, 2008).

⁷ Le terme empouvoirement, utilisé au Canada ne sera pas mobilisé dans cette thèse car très peu connu du lectorat français.

⁸ Le terme *disempowerment* est conservé en anglais dans l'ensemble du manuscrit, conformément à la définition théorique présentée dans le chapitre 3. Il est mis en italique uniquement lors de sa première apparition dans chaque chapitre, selon les conventions de l'APA 7.

Les apports historiques et culturels mobilisés ici permettent d'éclairer une autre racine du terme empowerment. Il s'agit de *possum*, racine latine renvoyant non pas à l'idée de puissance ou d'autorité, mais à celle de possibilité, d'ouverture. Le Bossé (2008) évoque un « mouvement d'un possible », une capacité d'agir en devenir, à construire. À l'opposé de cette dynamique ascendante, d'autres formes de pouvoir s'inscrivent dans une logique descendante, de type vertical, souvent associée à des rapports de domination. C'est ce que décrit Pollari (2017) à travers le concept de *disempowerment*, soit une situation de dépossession de la capacité d'agir. Freire (1988) parle quant à lui de conscience dominée, forme d'aliénation que seule une conscientisation critique permet de dépasser. C'est dans ce mouvement de dépassement que s'ancre l'empowerment. Dans cette perspective, plusieurs auteurs ont proposé d'en préciser les contours à travers l'identification de trois dimensions complémentaires (Rappaport, 1984 ; Zimmerman, 1995 ; Bacqué & Biewener, 2013). La première, dite individuelle, concerne la capacité à reconnaître les forces contraignantes et à mobiliser ses propres ressources pour agir. La deuxième est interactionnelle : elle se joue dans la dynamique collective, là où les personnes s'organisent, se soutiennent et fédèrent des actions communes. La troisième, politique ou sociale, vise à transformer les structures et les rapports de pouvoir à une échelle élargie. Ces premiers éléments conceptuels justifient selon moi le choix de définition retenu parmi la masse pléthorique de l'existant, celui de la proposition de Peterson et Zimmerman : « *Empowerment is an active, participatory process by which individuals, organizations and communities gain greater control, efficiency and social justice.* » (2004). Cette définition ne représente pas l'unique définition de l'empowerment. La littérature scientifique en propose une hétérogénéité presque déconcertante. Le Bossé (2008) et Zimmerman avant lui (1995) rappellent le rôle des contextes dans lesquels l'empowerment se construit et se définit. C'est bien cette perspective qui traverse cette thèse, celle d'explorer comment le pouvoir d'agir des infirmier·ères

psychiatriques s'est déployé à la fois sur le plan individuel, collectif et politique. Les travaux mobilisés jusqu'ici permettent de cerner l'empowerment comme un processus pluriel, souvent abordé sous un angle collectif ou communautaire. Néanmoins, cette orientation ne suffit pas à rendre compte des dynamiques individuelles, parfois souterraines, repérables dans certains parcours infirmiers. C'est précisément dans cette perspective que la théorie de l'empowerment psychologique développée par Zimmerman (1990 ; 1995) trouve sa pertinence. En articulant les dimensions intrapersonnelle, interactionnelle et comportementale, elle offre un outillage conceptuel solide pour explorer l'un des objectifs de cette recherche : analyser comment certain·es infirmier·ères de secteur psychiatrique, au fil de leur trajectoire, construisent ou préservent un pouvoir d'agir dans un contexte souvent défavorable. Ce cadre théorique, sans prétendre à l'exhaustivité, permet ainsi de mieux comprendre les mécanismes subjectifs de résistance, de repositionnement ou d'initiative qui traversent ces trajectoires.

3.2 Théorie de l'empowerment psychologique de Zimmerman.

La théorie de l'empowerment psychologique développée par Zimmerman (1995) propose une lecture structurée de la capacité d'agir, à partir de trois dimensions interdépendantes : intrapersonnelle, interactionnelle et comportementale. Cette approche se distingue de l'empowerment communautaire, plus large, lié aux dynamiques collectives et aux rapports politiques. Christopher Rissel (1994) précise cette distinction, tout en soulignant que l'empowerment communautaire suppose en amont un processus individuel. Il en propose la définition suivante :

A sense of strong control over one's life, where individual experience follows active members within a group or organization. This notion is built upon levels of personal development, mutual group support, participation, and organization. It may arise

without involvement in political or collective action, and the unit of analysis is the individual. (Rissel, 1994).

Le cadre théorique proposé par Zimmerman s'inscrit dans cette continuité. S'il met l'accent sur la dimension individuelle, il n'exclut en rien les dynamiques collectives, sociales et politiques. Cette articulation constitue un appui pertinent pour la présente recherche, qui interroge la capacité d'agir d'un groupe professionnel dans une histoire située. Dans son analyse nomologique, Zimmerman (1995) identifie trois dimensions complémentaires pour décrire les processus d'empowerment psychologique :

La première, dite intrapersonnelle, renvoie aux perceptions qu'une personne développe sur sa propre capacité d'influence. Elle mobilise des éléments tels que la confiance en soi, le sentiment d'efficacité personnelle ou encore la motivation à agir. Ces perceptions ne sont jamais acquises de manière stable, mais se construisent et se renégocient au fil des expériences et des contextes.

La deuxième dimension, qualifiée d'interactionnelle, de nature cognitive, concerne la compréhension critique de l'environnement sociopolitique. Elle implique la capacité à identifier les ressources disponibles, à nommer les contraintes et les agents qui limitent ou facilitent l'action, et à mobiliser ces ressources en cohérence avec ses objectifs. Le développement de compétences en leadership, en organisation collective et en prise de décision partagée constitue ici un levier central.

Enfin, la dimension comportementale se traduit par des actions concrètes visant à influencer les résultats. Zimmerman la définit ainsi : *actions taken to directly influence outcomes* (1995). Ces actions sont le prolongement visible des deux dimensions précédentes, sans pour autant se limiter à une simple mise en pratique mécanique. Zimmerman insiste sur le fait que ces actions prennent sens lorsqu'elles s'appuient sur une conscience de soi et une compréhension du contexte. Il conclut en précisant que :

These three components of psychological empowerment combine to form a picture of a person who believes they have the ability to influence a given context (intrapersonal component), understands how the system operates within that context (interactional component), and engages in behaviors to exert control within the context (behavioral component). (Zimmerman, 1995).

Cette articulation dépasse la seule dimension individuelle. Elle invite à penser l'empowerment comme un processus dynamique, inscrit dans une relation permanente entre perception de soi, lecture du contexte et engagement dans l'action. Zimmerman rappelle que ces processus sont situés, qu'ils varient selon les groupes, les contextes et les moments historiques, et qu'il serait illusoire de chercher à les mesurer ou à les standardiser universellement. C'est dans cette perspective, attentive à la complexité et à la singularité des expériences professionnelles, que cette recherche mobilise l'empowerment psychologique comme outil d'analyse pour interroger les trajectoires des ISP. Le modèle de Zimmerman propose ainsi un cadre dynamique, articulant les dimensions intrapersonnelle, interactionnelle et comportementale du pouvoir d'agir. Il offre une grille de lecture particulièrement féconde pour penser les dynamiques d'émancipation professionnelle.

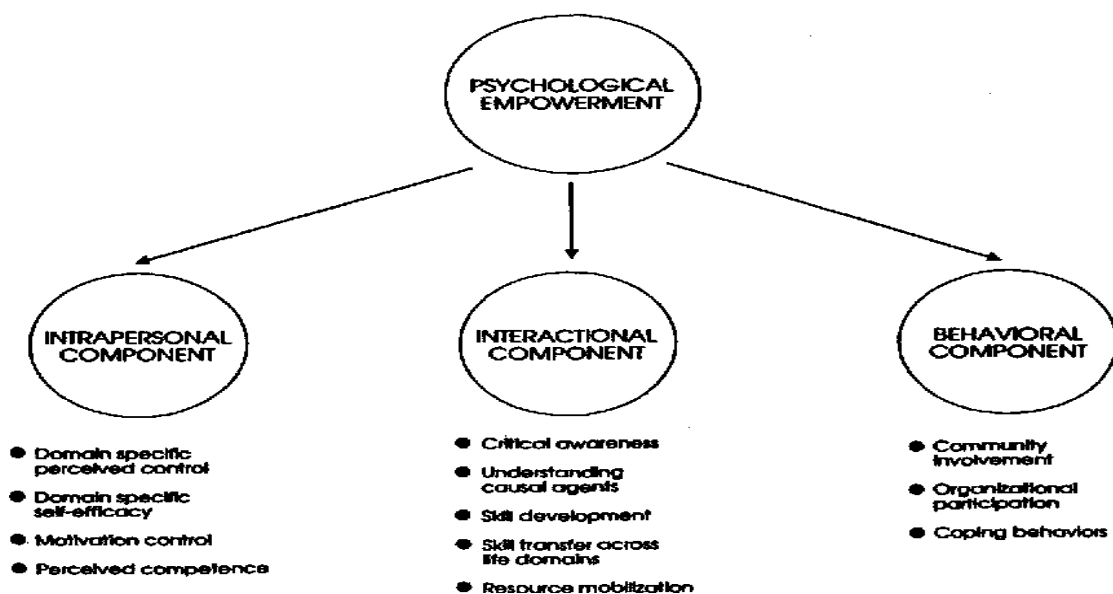


Figure 1. *Psychological empowerment* (Zimmerman, 1995). Schématisation des trois dimensions de l'empowerment psychologique selon Zimmerman.

3.3 Du cadre théorique à l'histoire : le congrès d'Auxerre (1974).

Cette architecture théorique complexe et intégrée trouve un écho historique particulièrement suggestif dans le congrès d'Auxerre de 1974, analysé dans l'article publié dans *Prendre soin de la folie. Les infirmières et infirmiers psychiatriques dans le monde francophone* (Klein & Thifault, 2025). Bien qu'il ne relève pas directement du site de recherche principal, cet événement, situé au tout début de la période étudiée, constitue un jalon emblématique dans l'histoire de l'affirmation professionnelle des infirmier·ères psychiatriques français·es. Il permet d'illustrer de manière précoce les trois dimensions définies par Zimmerman (1995) : une prise de conscience critique des rapports de pouvoir, une mobilisation collective structurée, et une interpellation explicite des autorités médicales. Le congrès d'Auxerre fonctionne ainsi comme un point d'appui théorique et historique, venant nourrir la réflexion sur les conditions d'émergence de l'empowerment psychologique infirmier dans les décennies suivantes. Il ne s'agit pas ici de l'ériger en modèle, mais d'en faire un révélateur possible des dynamiques explorées dans cette recherche.

Chapitre 3 – Article II

Infirmières et infirmiers de secteur psychiatrique en France (1969-1992). Regards croisés sur la naissance d'un groupe professionnel

Référence complète

Villeneuve, B. (2024). Infirmières et Infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) en France (1969-1992) : Regards croisés sur la naissance d'un groupe professionnel. In A. Klein & M.-C. Thifault (dir.), *Prendre soin de la folie : Les infirmières et infirmiers psychiatriques dans le monde francophone* (pp. xx-xx). Presses de l'Université Laval.

État de publication

Publié.

Rôle de l'auteur et contribution

Auteur principal et unique. Ce chapitre a été rédigé dans le cadre d'un ouvrage collectif dirigé par A. Klein et M.-C. Thifault, dans une perspective interdisciplinaire. Il a été conçu et finalisé avant le dépôt officiel de cette thèse, à partir des premières analyses croisées entre histoire, sciences infirmières et psychologie communautaire. Le manuscrit a été soumis à une évaluation en double aveugle. La relecture et la validation éditoriale ont été assurées par les responsables de l'ouvrage.

Mots-clés

Histoire des soins infirmiers, infirmier·ères psychiatriques, empowerment psychologique, professionnalisation, congrès d'Auxerre, France.

Lien avec la thèse et justification de l'inclusion

Ce manuscrit constitue un point d'appui central dans la construction du cadre théorique de cette thèse. Situé au tout début de la période étudiée, il documente un épisode fondateur au cours duquel des infirmier·ères psychiatriques, dans un contexte institutionnel contraint, activent des leviers d'empowerment psychologique au sens proposé par Zimmerman. À ce titre, il offre une illustration concrète des dimensions intrapersonnelle, interactionnelle et comportementale du concept, saisies ici dans leur articulation. Bien qu'il ne relève pas du terrain principal de cette recherche, centrée sur le site de Sainte-Marie, il permet d'éclairer les enjeux professionnels et les dynamiques collectives qui traversent l'ensemble du groupe des ISP à l'échelle nationale. Il contribue ainsi à légitimer le recours au cadre théorique mobilisé, en montrant que des processus d'émancipation collective émergent dès les premières années de la période couverte par cette étude. Présenté ici comme un point d'ancrage théorique, ce manuscrit prépare la transition vers l'analyse méthodologique et empirique, en ouvrant la

voie à une exploration approfondie des trajectoires « ordinaires » des ISP à Sainte-Marie entre 1973 et 2000.

Infirmières et infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) en France – (1969-1992)

Regards croisés sur la naissance d'un groupe professionnel

L'arrêté du 23 mars 1992 acte en France la création du programme d'études conduisant au diplôme d'État d'infirmier français appelé plus familièrement, « diplôme commun ». Un qualificatif qui appelle toute la complexité de l'histoire infirmière française, empreinte d'un passé gémellaire où la professionnalisation s'est construite dans l'entremêlement des filières somatiques et psychiatriques jusqu'en 1992. Si, pour des organisations infirmières comme le Comité d'entente des formations infirmières et cadres (CEFIEC) ou la Fédération nationale des infirmiers (FNI), ce choix politique d'uniformisation des rôles et des fonctions infirmières a été synonyme de progrès, de nombreux.e.s infirmier.ère.s de secteur psychiatrique (ISP) ont vu dans cette décision la dissolution d'une identité professionnelle, d'une culture soignante et la fin d'une histoire qui leur étaient propres¹. Une histoire qui brille par son absence dans l'historiographie francophone, même en amont du statut d'ISP créé en 1969. Contrairement au Canada où l'histoire des soins infirmiers psychiatriques bénéficie de l'attention de chercheur.euse.s en sciences infirmières², le défaut d'ancrage et de maturité de la discipline en France n'a pas encore permis la production de tels savoirs. Dans l'ombre d'une histoire de la médecine écrite par des médecins ou d'une histoire épistémologique de la médecine pensée par des philosophes, ces acteur.rice.s demeurent cantonnés à des rôles de figurants du passé. Dans l'Hexagone, malgré

¹ Lanquetin, Jean-Paul. « Le diplôme d'État infirmier, entre éthique et récursivité de la question de la folie », *Soins psychiatriques*, No 200, 1999, p.17-20.

² Voir ici les travaux menés au sein de l'Unité de recherche en histoire du *nursing* par Marie-Claude Thifault, Sandra Harrisson et Alexandre Klein.

l'intérêt récent d'historien.ne.s inscrit.e.s dans une posture historiographique plus inclusive comme Hervé Guillemain¹, cette histoire infirmière psychiatrique reste souvent invisible, camouflée dans une littérature profane ou grise peu connue ou reconnue. Dominique Friard, ISP, en parle comme d'une « province oubliée » et regrette, dans son ouvrage épistémologique, la valeur d'un savoir disciplinaire aujourd'hui perdu². Qui étaient ces femmes et ces hommes ? Pourquoi avaient-ils choisi cette formation spécifique ? Comment se formaient-ils à cette spécialité infirmière ? Comment ces professionnel.le.s définissaient-ils le soin infirmier et quel était leur rapport au patient.e ? Dans quelle mesure ce groupe professionnel a-t-il influencé l'évolution de la psychiatrie de secteur ? De cette histoire, nous ne connaissons finalement que des jalons diachroniques sous forme de statuts, de sa création en 1969 à sa disparition en 1992.

Ces constats et ces questionnements sous-tendent aujourd'hui notre travail de thèse en sciences infirmières dans lequel les enjeux de cette recherche historique, au-delà d'une inscription académique de cette histoire, ambitionnent d'éclairer le passé pour contribuer à émanciper les professionnel.le.s de demain. Dans la crise que connaît la psychiatrie française depuis maintenant trois décennies, avec notamment une pénurie médicale sans précédent, l'autonomisation et la responsabilisation infirmière animent les débats. Les rapports Couty³

¹ Guillemain, Hervé. *Chronique de la psychiatrie ordinaire : patients, soignants et institutions en Sarthe du XIXe au XXIe siècle*. Éditions de la Reinette. 2010, p.82, 92-94, 111-118.

² Friard, Dominique. *Épistémologie du soin infirmier: de la blouse blanche à la toge universitaire*. 2021, pp.57-60.

³ Couty E. *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*. Ministère de la Santé et de la Prévention. 29 janvier 2009. Consulté le 6 septembre 2022.

ou Laforcade⁴ qui dénoncent le défaut de formation initiale à la psychiatrie et la perte de rouages de transmission interne chez les nouveaux infirmier.ère.s psychiatriques donnent à comprendre le frein que cette carence représente pour s'extraire des postures de dépendance observées aujourd'hui⁵. Au creux d'écrits engagés dans lesquels des infirmier.ère.s s'efforcent de rappeler la valeur du diplôme spécifique psychiatrique, de rares publications historiques offrent un aperçu d'un passé méconnu aux accents émancipatoires⁶. Inspirée par les bouleversements sociaux de mai 1968 en France, cette histoire infirmière psychiatrique reste émaillée de nombreux événements pionniers et fondateurs liés au soin, à l'enseignement, à la recherche ou encore aux politiques de secteur⁷.

Dans les limites d'une recherche toujours en cours, ce chapitre propose un regard croisé via deux approches distinctes capables d'éclairer l'histoire de la naissance de ce groupe professionnel⁸ des ISP. Sous forme de synthèse bibliographique et adossées à une

⁴ Laforcade M. *Rapport relatif à la santé mentale*. Ministère de la Santé et de la Prévention. 12 octobre 2016. Consulté le 8 septembre 2022.

⁵ Ponet, Blandine et Fauconnier, Coline. « Petite discussion autour du métier d'infirmier en psychiatrie aujourd'hui », *VST - Vie sociale et traitements*, 2016/1 (N° 129), p. 48-54.

⁶ Leyreloup, Anne-Marie, « Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie », *Sud/Nord*, 25(1), 2010, 121-128 ; Perrin-Niquet, Annick. « De l'infirmier de secteur psychiatrique à l'infirmier de pratique avancée en santé mentale et psychiatrie », *L'information psychiatrique*, 96, 2020, p. 511-517 ; Friard, D., Legendre, N. & Durand, J. P. (2006). Soins infirmiers psychiatriques : 200 ans d'histoire [dossier]. *Soins*, (704), p. 26-67.

⁷ Jaeger, Marcel. *Le désordre psychiatrique : des politiques de la santé mentale en France*. Payot, 1981 ou Jaeger, Marcel. *La psychiatrie en France*. Syros, 1989 ou Friard, Dominique. (2021). *Epistémologie...*, *op. cit.*, p. 107-149 ; Jaeger, Marcel. *La psychiatrie en France*. Syros, 1989. Jaeger, Marcel. *La psychiatrie en France*. Syros, 1989 ; Friard, Dominique. (2021). *Epistémologie...*, *op. cit.*, p. 107-149.

⁸ Nous préférons dans cet essai la souplesse du terme de « groupe professionnel » à celui de « profession » jugé polysémique et ne possédant pas de définition universellement admise. Voir les travaux en sociologie du travail

historiographie des cinquante dernières années, les sources secondaires explorées donneront à voir, dans une première partie, la genèse complexe de ce groupe professionnel. Une occasion de valoriser des publications infirmières souvent méconnues de l'historiographie. Revenir sur l'évènement remarquable du congrès d'Auxerre en 1974 et sur la création de l'Association pour l'étude et le rôle de la formation pour l'infirmier psychiatrique (AERFIP) permettra, dans une seconde partie, de situer le contexte dans lequel les ISP se sont fédéré.e.s et constitué.e.s. L'approche par le bas sollicitant des sources infirmières psychiatriques rarement mobilisées jusqu'alors offrira une compréhension différente, mais complémentaire de cette éclosion professionnelle.

1. ISP, genèse d'un groupe professionnel, une synthèse documentaire

1.1 Un éclairage historiographique

L'histoire infirmière française est tributaire d'un héritage cartésien qui scinde corps et esprit⁹. L'historiographie de l'histoire infirmière française accorde ainsi une place relative, mais significative, aux soignant.e.s du somatique, mais délaisse les soignant.es de l'esprit. Des historien.ne.s, mais surtout des infirmier.ère.s historien.ne.s, se sont attelé.e.s à livrer des productions surtout événementielles du processus de professionnalisation, dont le statut né officiellement le 27 juin 1922 sous la forme d'un brevet d'État¹⁰. Fait remarquable, ces textes

de Sophie Divay, Lucile Girard, ici : Divay, Sophie, et Lucile Girard. « Eléments pour l'ébauche d'une socio-histoire du groupe professionnel infirmier. Un fil conducteur : la formation des infirmières et de leurs cheffes », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 139, no. 4, 2019, p. 64-83.

⁹ Fauquette, Alexandre et Pierru, Frédéric. « Politisation, dépolitisation et repolitisation de la crise sans fin de la psychiatrie publique », *Savoir/Agir*, no.52, 2020, pp.11-20.

¹⁰ Chevandier, Christian. « Un demi-siècle d'une histoire des infirmières et des femmes au travail ». *Revue de l'infirmière*, (174), 2011, p.27-29 ; Diebolt, Evelyne et Fouché, Nicole. *Devenir infirmière en France : une histoire atlantique, 1854-1938*. Editions Publibook, 2011 ; GRIPI. *L'identité professionnelle de l'infirmière*.

et ouvrages éludent quasi exclusivement l'histoire infirmière psychiatrique qui, pourtant, comme l'a démontré Marcel Jaeger¹¹, suit et s'entrecroise avec celle de leurs consœurs somaticiennes. Marcel Jaeger, ISP devenu plus tard docteur en sociologie, reste l'auteur du legs le plus important à l'historiographie de l'histoire infirmière psychiatrique française avec un cahier de publications en quatre volets : *Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique*. Ses travaux de recherche couplés aux rares, mais précieuses contributions de Henny Zilliox¹², Chantal Boucher¹³, Anne-Marie Leyreloup¹⁴, Dominique Friard, des collectifs Friard et al.¹⁵ et Combret et al.¹⁶ permettent de retracer les étapes clefs en amont de la création du statut d'ISP.

1. 2 Contexte d'une complexe professionnalisation

Paris, Coll., 1986 ; Knibiehler, Yvonne et Leroux-Hugon, Véronique. *Cornettes et blouses blanches : les infirmières dans la société française, 1880-1980*. Hachette littérature, 1984 ; Leroux-Hugon, Véronique. *Des saintes laïques. Les infirmières à l'aube de la Troisième République*. Sciences en situation, Paris, 1992 ; Magnon, Robert. *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle*, Masson, Paris, 2001.

¹¹ Jaeger, Marcel. « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique ». *VST - Vie sociale et traitements*, no. 131, 2016, p. 104-119, no. 132, 2016, p. 105-115, no.133, 2017, p. 104-123, no. 134, 2017, p. 109-126.

¹² Zilliox, Henny. *On les appelait gardiens de fous : La profession d'infirmier psychiatrique*. Époque, 1976, p. 23-82.

¹³ Boucher, Chantal. « Du gardien d'asile à l'infirmier psychiatrique. » *Pour une histoire des soins et des professions*, dirigé par Collière, Marie-Françoise et Diebolt, Evelyne, Comité d'AMIEC publications, 1988, p.160-185.

¹⁴ Leyreloup, Anne-Marie, « Entre hier et aujourd'hui... », *art. cit.*

¹⁵ Friard, D., Legendre, N. & Durand, J. P. « Soins infirmiers psychiatriques... », *art. cit.*

¹⁶ Combret, M., Friard, D., Lanquetin, J. & Villeneuve, B. *Les infirmiers psychiatriques au cœur du soin. Analyses socio-historiques et entretiens avec des professionnels* (1re éd.). Seli Arslan, 2022.

À la fin du XIX^e siècle, de Paris à Amsterdam, les discussions autour de la formation du personnel d'asile animent différents congrès et divisent le corps médical. Certains qualifient les gardiens et domestiques en place de « valetaille ignoble » encline à la « brutalité, la prostitution et l'ivrognerie »¹⁷. Dans ce courant hostile à la création d'un corps auxiliaire, les plus modérés parlent de la nécessité de « dresser » ce personnel subalterne dans l'accomplissement d'actes de soin, prenant pour exemple l'hydrothérapie¹⁸. À l'inverse, le Dr Bourneville, partisan d'une transmission minimale de connaissances à ce personnel, engage un processus pionnier de formation infirmière en France avec un CAP (certificat d'aptitude professionnel) d'une durée d'un an : « Il est impossible de soigner les aliénés si l'on n'est pas auparavant prévenu des principales particularités de l'affection dont ils sont atteints. »¹⁹ Il participe ainsi à la création en 1878 des deux premières écoles infirmières d'asile à Paris qui essaimeront par la suite dans le reste de l'Hexagone. Dans cet élan progressiste, Henri Collin, alors médecin-chef de l'asile de Villejuif, participe activement à la création du premier statut d'infirmier psychiatrique français acté par l'arrêté du 4 avril 1907. Il s'agit d'un évènement statutaire pionnier, même si, avec une formation au programme ambitieuse (trois ans) et inadaptée dans son organisation au personnel d'asile en place, ce diplôme départemental restera inaccessible pour nombre de candidats.

En parallèle, les atrocités de la Grande Guerre, dans un cruel paradoxe, ont révélé la valeur et l'indispensabilité des infirmières hospitalières. Portée par ce contexte favorable, Léonie Chaptal réussit à convaincre Paul Strauss, ministre de l'Hygiène et de l'Assistance, de

¹⁷ Zilliox, Henny. *On les appelait gardiens de fous...*, *op. cit.*, pp.54-56

¹⁸ Jaeger, Marcel. « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique ». *VST - Vie sociale et traitements*, no.133, 2017, 104-123.

¹⁹ Friard, Dominique. *Epistémologie...*, *op. cit.*, p.111.

créer le « brevet de capacités professionnelles » le 27 juin 1922²⁰. Henri Collin tente alors de permettre aux infirmiers d'asile²¹ d'accéder à ce brevet d'État. La tâche se révèle ardue. L'hétérogénéité des diplômes départementaux et des enseignements dispensés selon les asiles rend difficile la valeur d'une équivalence commune²². Le 25 décembre 1927, un décret instaure une formation sur cinq ans. Les résultats, une fois encore, ne sont pas au rendez-vous et il règne une véritable cacophonie dans ce parcours certifiant. L'État persiste avec un nouveau programme, promulgué par l'arrêté du 26 mai 1930, sans résultat. Le défaut d'instruction des postulantes continue de grever toutes les tentatives de professionnalisation infirmière de ce personnel auxiliaire. Le décret du 18 février 1938, qui exige la possession du diplôme d'État pour la reconnaissance du statut d'infirmière, entraîne mécaniquement l'exclusion du personnel des centres hospitaliers spécialisés psychiatriques du statut d'infirmier. Pour faire face à ce *no man's land* statutaire, le droit français établit un système de validation de compétences à l'ancienneté. La loi du 15 juillet 1943, puis l'ordonnance du 21 août 1944 exigent cinq ans d'ancienneté et la validation par une commission régionale ; mais il est précisé que son exercice est strictement limité à celui des hôpitaux psychiatriques. La régularisation du personnel « infirmier » en place dans les centres hospitaliers spécialisés durera des années, mais la séparation entre les « jumelles dizygotes », « somatiques et psy », est alors effective²³. Dans la période d'après-guerre, alors que le système asilaire commence à opérer sa mue, le projet d'une formation de qualité anime les réflexions chez plusieurs médecins. Sous l'influence de Théodore Simon, l'École supérieure d'infirmière psychiatrique

²⁰ Magnon, Robert. *Léonie Chaptal, 1873-1937 : la cause des infirmières*. Editions Lamarre, 1991.

²¹ Jaeger, Marcel. *Aux origines de la profession...*, no.133, *art.cit.*

²² Jaeger, Marcel. *Aux origines de la profession...*, no.133, *art.cit.*

²³ *Ibid.*, p.18-19.

ouvre ses portes à Maison Blanche le 27 décembre 1946²⁴. Ce dispositif unique, presque élitiste, témoigne néanmoins d'une volonté politique de sortir de l'impasse.

Dans le creuset intellectuel et réformateur de Saint-Alban-sur-Limagnole, berceau de la psychothérapie institutionnelle, émergent sous l'impulsion du Dr Daumézou²⁵ les fondations d'une véritable professionnalisation. La publication de l'infirmier Marius Bonnet dans la revue *Esprit* en 1952²⁶ ainsi que son intervention au congrès de Barcelone en 1958, aux côtés de son collègue Louis Gauzy et du célèbre psychiatre le Dr Tosquelle²⁷, témoignent de la reconnaissance des rôles et fonctions infirmières alors en marche. Sur le territoire, Germaine Le Guillant, son mari Louis, Horace Torrubià, Serge Lebovici et Georges Daumézou initient dans les CEMÉA ou Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active, des espaces de formation spécifique aux infirmier.ère.s. Dès 1949, des « stages » proposent aux soignant.e.s des lieux de rencontres, d'échanges et de réflexion animés par ces figures de la psychiatrie de secteur à venir²⁸. En 1954, les CEMÉA se dotent d'un outil de communication : *VST, Vie sociale et traitements*. Cette revue ancrée dans une posture engagée désaliéniste offrira aux infirmier.ère.s un espace de publications critiques concernant leurs savoirs et pratiques²⁹. En 1955, les politiques décident d'un nouveau programme de formation

²⁴ Klein, Alexandre. « Théodore Simon (1873-1961). Itinéraire d'un psychiatre engagé pour la professionnalisation des infirmiers et infirmières d'asile », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 135, no. 4, 2018, p. 91-106.

²⁵ Daumézou, Georges, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* [Thèse], 1935.

²⁶ Bonnet, Marius. « Le témoignage d'un infirmier », *Esprit*, « Misère de la psychiatrie », 1952, p.

²⁷ Friard, Dominique. « Marius Bonnet une légende ». *Serpsy*, 9 mars 2023, <http://www.serpsy1.com/pages/histoire-du-soin-en-psy/marius-bonnet-une-legende.html>

²⁸ Friard, Dominique. *Epistémologie...*, *op. cit.*, p.130.

²⁹ Letourneau, Dominique et Dupeux, Didier, *Le secteur psychiatrique*, Paris, Éditions Lamarre, 1991, p.28.

d'une durée de deux ans. Loin des recommandations intellectuelles pensées dans les CEMÉA, le contenu théorique de 120 heures cède une place toute relative « aux soins spécifiques des malades mentaux »³⁰. Leurs confrères et consœurs du somatique bénéficient de leur côté depuis 1942 d'un véritable diplôme d'État et d'une formation théorique de 592 heures qui autorise leur activité aussi bien dans les soins généraux que dans le milieu psychiatrique, contrairement à leurs collègues « psy » cantonné.e.s à leur discipline de référence³¹. Dans l'ombre des soignant.e.s du somatique, l'évolution de la professionnalisation infirmière psychiatrique reste donc timide, mais effective en ce milieu de siècle.

Le 15 mars 1960, la France institue, par une circulaire, la politique de secteur psychiatrique et tente de penser le soin hors des murs. Au cœur d'un dispositif axé maintenant sur la prévention et l'ambulatoire, les rôles et fonctions infirmières se retrouvent bouleversés, voire valorisés. L'évolution exponentielle que connaît la médication psychotrope depuis la découverte du Largactil en 1952 et ses modes de distribution et de surveillance rend ces acteurs maintenant incontournables³². La formation de 1955 ne répond plus aux exigences de formation de ce personnel au creux d'une telle organisation. Les discussions et débats menés en ce sens aboutissent dans un premier temps à un changement de nom avec l'arrêté du 7 mai 1969 par lequel l'infirmière psychiatrique devient « infirmier de secteur psychiatrique (ISP) ». Suit, avec l'arrêté du 6 mai 1970, la création du certificat de moniteur des écoles d'infirmiers de secteur psychiatrique précédant l'arrêté du 16 février 1973 qui acte la réforme de la formation. Sur les cinquante semaines que comporte la formation, 1580

³⁰ Jaeger, Marcel. *Aux origines de la profession...*, no.133, art.cit.

³¹ Friard, Dominique. *Epistémologie...*, op. cit., p.116.

³² Boucher, Chantal. *Du gardien d'asile à l'infirmier psychiatrique...*, op.cit., p.180.

heures sont dédiées aux apports théoriques contre 120 heures en 1955. Avec un statut, des formateurs spécialisés et une formation, le groupe professionnel des ISP est constitué.

Derrière la naissance administrative d'un statut, les aspirations de liberté et le rejet d'un modèle patriarcal qui enflamment la société française en 1968 imprègnent individuellement et collectivement nombre de ces nouvelles aux infirmier.ères. Au retour d'un congrès francophone international de l'infirmier.ère psychiatrique dans la ville d'Heidelberg en RFA en 1967³³, une trentaine d'infirmier.ères dénoncent la chronicisation des soignant.es dans les services français. Iels se mobilisent, se fédèrent et créent le Groupe d'études de recherche des infirmiers psychiatriques (Gerip) le 28 avril 1968, une organisation reconnue d'utilité publique en 1973³⁴. Cette première organisation se fixe comme objectifs « d'étudier l'évolution de la profession infirmière, de porter une attention spécifique sur la formation de base et continue, de représenter les infirmiers psychiatriques et d'informer l'opinion publique dans un axe fort de déstigmatisation »³⁵. Le Gerip et les CEMÉA influenceront et impulseront une dynamique associative chez les ISP dans les deux décennies suivantes. Les étudiant.es, les soignant.es, les cadres se doteront d'associations comme l'Infipp³⁶, le Cefism³⁷, l'Ascism³⁸ ou encore l'Arepsi³⁹. Ces exemples demeurent non exhaustifs mais donnent à voir l'action fédératrice de ce groupe professionnel et son

³³ Zilliox, Henny, *On les appelait gardiens de fous*, Toulouse, Privat, 1976, p.224-236.

³⁴ Letourneau, Dominique et Dupeur, Didier. *Le secteur psychiatrique ...*, *op. cit.*, p.27.

³⁵ *Ibid.*

³⁶ Institut national de formation des infirmiers et du personnel psychiatrique, créé en 1976 à partir de la subdivision du Gerip, encore existant en 2023.

³⁷ Comité d'entente des formations infirmières en santé mentale créé en 1987.

³⁸ Association des cadres infirmiers en santé mentale.

³⁹ Association pour la recherche, l'enseignement et la promotion du service infirmier. Créé en 1987.

affirmation progressive. Au creux de ce mouvement, émerge une association chargée de la préparation des textes concernant l'infirmier pour le futur congrès de psychiatrie et de neurologie d'Auxerre de 1974, dont un des thèmes cette année-là s'intitule « Rôle et formation de l'infirmier psychiatrique ». Il s'agit de l'Association pour l'étude et le rôle de la formation pour l'infirmier psychiatrique (Aerfip), avec dans ses rangs un infirmier d'Étampes, Hubert Bieser, particulièrement engagé dans la construction de ce mouvement.

2. Le congrès d'Auxerre de 1974, un évènement fondateur

« On peut lire une certaine gravité et beaucoup de détermination sur les fronts : le moment historique approche. Le convoi s'achemine à travers les vignobles et les cerisaiers et dépasse bientôt le panneau annonçant Auxerre. Nous pénétrons dans la ville et soudain, devant nous, l'immense salle Vaublanc. C'est ici que se déroule le congrès...⁴⁰ »

L'intrusion de 300 à 400 infirmières au congrès annuel de neurologie et de psychiatrie le 13 septembre 1974, suivie de la lecture d'un discours brut et sans concession par leur porte-parole Maurice Lababsa sur les conditions du soin psychiatrique, pourrait se résumer, comme le titre le journal de l'*Yonne républicaine* du lendemain⁴¹, à de « légers remous » venus troubler temporairement cette rencontre scientifique de renom. L'analyse historique de cet évènement, proposée dans cette deuxième partie, nous ramène en amont de cet incident et propose une vision bien plus complexe de ce dernier. L'approche par le bas de cet évènement micro-historique à l'aide du témoignage d'un protagoniste de la première

⁴⁰ AERLIP, *Des infirmiers psychiatriques prennent la parole*, Paris, 1976, p. II

⁴¹ Extrait du journal *Yonne républicaine* du 14/9/1974 dans AERLIP, *Des infirmiers psychiatriques prennent la parole*, Paris, 1976, p. III.

heure, Hubert Bieser⁴², des articles de la revue VST⁴³ qui a couvert cette séquence de 1973 à 1975 et de l'ouvrage⁴⁴ produit par l'Aerlip⁴⁵, offre un angle nouveau pour appréhender la constitution du groupe professionnel des ISP. Ces sources octroient de fait la parole aux acteurs directement concernés et projettent un éclairage complémentaire aux apports factuels qui amenés en première partie concernant l'émergence du groupe professionnel ISP.

⁴² La rencontre fortuite entre un chercheur et un témoin de l'histoire a donné une suite d'échanges continue d'e-mails, de courriers et d'archives. Nous nous considérons, chercheur.euses, infiniment chanceux.euses de bénéficier aujourd'hui de la sagacité et de la perspicacité d'Hubert Bieser dont voici une courte biographie. En 1964, à 23 ans, il quitte son métier de vendeur en confection pour homme et passe le concours d'entrée d'infirmier à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne de Mont-de-Marsan. En 1966, il est embauché au Centre psychothérapique d'Étampes dont il publie un portrait critique dans la revue VST⁴². En 1974, il obtient de l'École de cadres du Vinatier (Lyon, France) son certificat de cadre, qui conditionnera toute la suite de sa carrière. Il exerce, jusqu'en juin 1977, la fonction de moniteur à l'école infirmière de secteur psychiatrique d'Étampes. En 1980, il est nommé directeur de l'École des cadres, nouvellement créée, qu'il dirigera jusqu'en 1995, date de sa fermeture. En parallèle, il entreprend à l'Université de Créteil une formation en « Histoire des pratiques soignantes, sociales et éducatives en santé mentale ». Malgré un parcours doctoral inachevé, il réussit à publier *Les soldats fous à l'asile de Ville-Évrard*, une synthèse de ses travaux de recherches. L'implication précoce d'Hubert Bieser dans l'Aerlip et son niveau d'engagement au cours de cette période militante des années 1970 en font un témoin privilégié de l'histoire. Ses compétences en recherche historique et sa générosité nous ont donné accès à des sources soigneusement conservées par un homme qui a toujours eu la fibre de la transmission et du compagnonnage.

⁴³ Fondée en 1954, par Georges Daumézou et Germaine Le Guillant, VST tire sa force de son histoire au sein d'un grand mouvement d'éducation populaire que sont les CEMÉA. Rappelons que depuis 1949, les infirmières participent activement aux stages proposés dans les CEMÉA. Si VST reste ouvert à toutes les professions éducatives et soignantes, les infirmières qui évoluent en psychiatrie bénéficient d'une tribune significative au sein de la revue. De 1973 à 1975, de nombreux articles informatifs ou critiques couvriront l'évènement d'Auxerre de sa préparation, avec la création de l'Aerlip, à ses suites, avec l'avènement de l'Aerlip. VST se présente comme une revue du champ social et de la santé mentale destinée aux équipes éducatives et soignantes. Pour ses éditeurs, « ses colonnes sont un lieu d'accueil des productions issues des courants désaliénistes. Plaçant l'essentiel de son objet sur l'approfondissement de la connaissance théorique et pratique des effets psychothérapiques, VST s'affirme aujourd'hui comme lieu de confrontation critique, face à la pesanteur des tendances traditionnelles réduisant le travail psychothérapique à ses seules formes réglées et codées ».

⁴⁴ Il s'agit d'un ouvrage collectif de l'association Aerlip écrit en 1976, laquelle est composée de soignant.es de la santé mentale avec une majorité d'infirmières. Il convient pour appréhender la suite de cet écrit de distinguer l'Aerlip de l'Aerlip, deux entités associatives distinctes, qui se succèdent. Le collectif Aerlip va rapporter dans son ouvrage de 1976 le travail conduit par l'Aerlip dans le cadre de la préparation du congrès d'Auxerre de 1971-1974. Comment préciser la nature d'une telle source ? La forme hétéroclite de cet ouvrage de 310 pages s'avère surprenante entre ses récits narratifs, ses témoignages, ses photographies d'époque, ses coupures de journaux, ses tableaux statistiques ou encore ses illustrations dessinées qui flirtent parfois avec l'obscénité. Le contenu, dans un rigoureux désordre, commence par le récit illustré du congrès d'Auxerre et se poursuit avec la présentation du document rédigé par l'Aerlip en amont de ce dernier. Le livre suit une trame en trois parties : d'abord, une approche historique de la profession soigneusement référencée ; ensuite, les résultats de deux enquêtes et questionnaires, fruits de deux années de d'études de terrain ; et la troisième et dernière partie, intitulée « Travaux de groupe, récits et témoignages ». Le livre s'achève avec une fausse conclusion proposant des pistes de réflexion disciplinaire. Le fond et la forme de cet ouvrage fournissent donc une multitude d'informations contribuant non seulement à circonscrire avec précision l'évènement d'Auxerre, mais aussi à cerner des dimensions plus informelles attachées à la profession en cours de construction et aussi bien philosophiques ou cliniques que politiques.

⁴⁵ AERLIP : Association pour l'étude et la rédaction du livre blanc des institutions psychiatriques, elle succède à l'AERFIP en 1974.

Nous verrons comment les années qui ont encadré la journée du congrès d'Auxerre de 1971 à 1976, ponctuées de rencontres, de débats et d'écritures ont pu contribuer à l'établissement de fondations philosophiques, cliniques et politiques des futur.es ISP.

2.1 De l'Aerfip à l'Aerlip

Un article publié dans *Politique Hebdo* en octobre 1974⁴⁶ permet de retrouver le premier jalon diachronique de cette séquence historique. Pour l'auteur, Jean-Claude Girardin, c'est à la suite du congrès médical de Milan en 1971, sous l'impulsion du Dr Daumezon, que trois médecins se retrouvent chargés de la rédaction d'un rapport sur la « formation et le rôle de l'infirmier psychiatrique ». Le Dr Girardin et ses deux confrères Monroy et Karavokyros « ne se sentant pas le droit de parler à la place des intéressés vont mettre en place un dispositif original par lequel les infirmier.ères de plus de 80 hôpitaux amorceront, à partir de collectifs de base, un travail réflexif sur leur pratique »⁴⁷. Dans un premier temps, la création d'un comité de rédaction provisoire formé de ces trois médecins et de trois infirmiers, est alors chargé d'établir les grandes lignes du travail envisagé. L'extension, dans un deuxième temps, de ce comité à d'autres membres, entraînant de fait la densification du réseau institutionnel, autorise à ce moment-là une diffusion nationale de questionnaires destinés aux médecins, aux cadres formateurs et aux infirmier.ères.

Cette trame opérationnelle se structure en association les 24 et 25 novembre 1973. Ces journées, qui rassemblent selon *VST*⁴⁸ plus de 300 personnes de 70 établissements, marquent la création de l'Aerfip ou Association pour l'étude et le rôle de la formation pour l'infirmier

⁴⁶ AERLIP, *Des infirmiers psychiatrique...*, *op. cit.*, Annexe V, p.37.

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ *VST, Vie sociale et traitements*, N°96 Décembre 1973-Janvier 1974, p. 60

psychiatrique. L'objectif général du collectif se retrouve dans son sigle et se subdivise. Il s'agit de rédiger le rapport demandé par le comité du futur congrès et de publier ultérieurement un livre blanc de l'infirmier plus étoffé. Pour les membres, l'existence de cette association cessera à la réalisation de cet objectif. Les 24 et 25 novembre 1973, pas moins de onze commissions entreprennent un travail de réflexion sur des thématiques jusqu'alors peu, ou jamais explorées par ces soignant.es : « formation initiale et continue, l'équipe soignante et les difficultés à travailler avec des techniciens de formation différente, le cadre unique, le rôle social de l'infirmière psychiatrique »⁴⁹. Cette séquence réflexive historique se poursuit dans le temps et l'Aerfip constitue un comité de rédaction lors d'un rassemblement les 16 et 17 février 1974 dans la ville d'Arles avec plus d'une soixantaine de participant.es de 27 établissements différents⁵⁰. Ce nouveau comité se prononce alors sur les travaux des différentes commissions. L'ensemble des textes sera finalement adopté dans son intégralité⁵¹. Au terme des débats, le plan du futur rapport est délimité : « 1^{re} partie : Histoire et Bibliographie, 2^e partie : Résultats, enquêtes et questionnaires, 3^e partie : Témoignages et travaux de groupe »⁵². Le compte-rendu de ces échanges se retrouve sur des brochures illustrées ainsi que des informations détaillées sur le prochain rendez-vous national. Ce dernier se tient à Étampes au beau milieu d'un hôpital psychiatrique (HP) les 19 et 20 juin 1974. Toujours selon *VST*, mais dans son numéro de juillet 1974⁵³, la mobilisation reste effective et « significative » avec plus de 50 établissements représentés. Cet article permet de comprendre également les difficultés rencontrées par le comité pour maintenir une continuité

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ *VST, Vie sociale et traitements*, N°97 Février-Mars 1974, p.25.

⁵¹ *Ibid.*

⁵² *Ibid.*

⁵³ *VST, Vie sociale et traitements*, N°97 Juillet-Août-Septembre 1974, p.29.

dans les travaux entamés. Les débats restent tout de même animés autour de la formation des élèves, mais aussi, et surtout, sur les problèmes spécifiques liés aux différents hôpitaux psychiatriques. Ce second regroupement national de l'Aerfip se termine avec la programmation des journées de Saint-Bris en marge du Congrès d'Auxerre. Le rapport est terminé et envoyé au comité du congrès médical d'Auxerre dans l'été 1974.

Les auteur.es soulignent également combien ce travail fut l'occasion de réfléchir ensemble, d'élever progressivement le niveau de leurs discussions et, en définitive, de prendre conscience de l'existence d'un savoir infirmier psychiatrique⁵⁴. Certainement, ici, des fondations historiques, philosophiques et cliniques de la profession ISP sont en construction. L'article du Dr Girardin relève, de son côté, une dimension plus politique du rapport final. Pour l'auteur, les méthodes d'enquête, l'absence de censure, le libre ton des débats dans un esprit de critique collective accueilli et favorisé font de ce rapport « un modèle de réflexion militante dégagée des ornières corporatistes et syndicales et reflétant le vague de fond qui ébranle l'institution psychiatrique »⁵⁵. Au fil des mois, ce rapport est certainement devenu explosif. Face à une politique dite de secteur avec au cœur de son projet les valeurs et fondements de la désinstitutionnalisation, le contenu du rapport de l'Aerfip oppose une vision brute et sans filtre d'une cruelle réalité asilaire.

L'Aerfip est dissoute le 14 septembre 1974 dans la continuité du congrès d'Auxerre. L'association a partiellement rempli ses objectifs. Elle n'a pas réussi à produire le livre blanc de l'infirmier psychiatrique, mais elle a tout de même accompli le tour de force collectif de publier, en temps et en heure, le rapport d'Auxerre. Les discussions qui ont lieu à Saint-Bris entre psychiatres, psychologues et infirmier.ères aboutissent à l'idée de poursuivre et de

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ Girardin Jean-Claude « Politique Hebdo » dans AERLIP, *Des infirmiers psychiatrique..., op. cit.*, p. XXXVIII

publier ce livre blanc, mais en portant une attention plus large à la crise que connaissent les institutions psychiatriques. Ce même jour, l'Aerlip, ou Association d'étude pour la rédaction du livre blanc des institutions psychiatriques, voit le jour et élit son bureau composé de quinze infirmier.ères, quatre psychiatres et une psychologue. Les objectifs affichés sont de « porter à la connaissance du public le plus large possible un certain nombre de constats, de critiques, de positions, en vue de mettre fin à des pratiques intolérables, d'améliorer ce qui peut l'être et de formuler les conditions d'un réel changement »⁵⁶. Le bureau en place clôture ce regroupement en s'engageant à diffuser un compte-rendu des trois journées de Saint-Bris. Officiellement, l'Aerlip prend le relais de l'Aerfip. Hubert Bieser livre sa vision de ce relais associatif :

Je n'ai pas répondu à votre demande sur le rôle que je joue dans l'Aerlip après le congrès d'Auxerre. Ma foi, aucun, à vrai dire ! Pour la bonne raison que je suis alors en formation au Vinatier à temps plein, toute la semaine. Évidemment, je perds le contact avec toute la bande. Je participe, néanmoins, au premier rassemblement "Aerlip" de février 1975. Celui qui définit les orientations de l'association pour l'avenir. C'est plutôt un fiasco, le beau rassemblement d'Auxerre vole en éclats. La séparation est surtout d'ordre politique, des clivages apparaissent, notamment sur ce qu'il convient de faire concrètement maintenant. L'Aerlip continue à produire (sans moi) ses cahiers mensuels pour le livre blanc des institutions psychiatriques alors que je rejoindrai bientôt le Comité de rédaction de VST, dans l'optique des Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active bien plus centrés sur la vie des personnes désignées socialement "malades mentales".

Cette section donne à comprendre les rôles distincts de ces deux associations soignantes et aide à appréhender dans le même temps leur contribution au processus de

⁵⁶ VST, *Vie sociale et traitements*, N° 97 Octobre-Novembre 1974, p. 26.

professionnalisation. La lecture du témoignage d'Hubert Bieser laisse transparaître de son côté, une forme de regret concernant l'émulation connue au congrès d'Auxerre avec l'Aerfip qui ne semble plus retrouver dans la suite, au sein de l'Aerlip. Cette approche sensible de l'histoire nous amène en suivant à développer le scénario de cet épisode remarquable du congrès de neurologie et de psychiatrie d'Auxerre en 1974 pour en retirer une précieuse contribution historique.

2.2 Un pavé dans la mare

Parmi les différentes thématiques proposées au congrès d'Auxerre, la journée du vendredi 13 septembre se veut consacrée aux « Rôle et formation du personnel infirmier psychiatrique ». La lecture d'une synthèse des mois de réflexions et de recherches menée par le collectif Aerfip est programmée dans la matinée de ce vendredi, tout comme l'invitation d'une délégation d'une vingtaine d'infirmier.ères à assister à cette présentation⁵⁷. Loin de cette planification minutieuse et rigoureuse, le petit village de Saint-Bris à seulement quelques kilomètres d'Auxerre connaît dans le même temps une agitation peu commune. Les infirmier.ères psychiatriques en ont fait pour trois jours leur capitale. Consciente des enjeux et des attentes, engagée dans une réflexion critique sans précédent depuis des mois, l'Aerfip a convoqué ses membres au cœur de la petite bourgade bourguignonne⁵⁸. Réunis depuis le 12 septembre, ils sont, selon les sources, entre 300 et 400 dans les locaux d'une colonie de vacances réagencée pour l'occasion, à échanger et débattre dans ce « rassemblement national des travailleurs de la santé mentale »⁵⁹. Hubert Bieser raconte :

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ AERLIP, *Des infirmiers psychiatrique prennent la parole*, Paris, 1976, p. 29, 35.

⁵⁹ *Ibid.*

L'ambiance était extraordinaire à St-Bris-le-Vineux. Imaginez le rassemblement de centaines d'infirmiers psy, tous du même avis, sans dissonance face à ceux (psychiatres) qu'ils accusent de "tyrannie", de mauvaise foi, de maltraitance des malades, de mépris pour le personnel soignant, etc. On se sent invincibles, on se tient les coudes, soutenus par nos collègues les mieux formés à la dialectique marxiste, les plus habitués aux luttes sociales, en général ; rien ne peut arrêter la confrontation, pacifique d'ailleurs, avec le pouvoir en place⁶⁰.

Le mode d'intervention lors de la journée tant attendue du 13 septembre attise les discussions et se termine par un vote. Plus question de parler d'une délégation, ils iront tous.tes. La soirée du 12 septembre à Saint-Bris se veut consacrée à la rédaction d'un texte commun dont le contenu final est adopté à la majorité⁶¹. Le lendemain, les bus démarrent en direction d'Auxerre. Arrivé.es sur les lieux, dans le silence, les infirmier.ères⁶² infiltrèrent les travées de la salle Vaulabelle⁶³. Le Dr Girardin termine la lecture du rapport rédigé par l'Aerfip et donne la parole au porte-voix infirmier. La lecture du discours⁶⁴ adopté la veille à

⁶⁰ Entretien du 11 janvier 2023.

⁶¹ AERLIP, *Des infirmiers psychiatrique...*, *op. cit.*, p. II.

⁶² Les sources divergent et selon les différentes sources internes de l'ouvrage AERLIP, *Des infirmiers psychiatrique...*, *op. cit.* ou des numéros *VSTN*° 97, 98, 99 et 100 nous retrouvons les chiffres de 300, 350 ou encore 400.

⁶³ AERLIP, *Des infirmiers psychiatrique...*, *op. cit.*, p. II.

⁶⁴ Le discours se retrouve dans son intégralité dans AERLIP, *Des infirmiers psychiatrique...*, *op. cit.*, Annexe III, p. 4-9. Il est aussi disponible sur une piste vidéo où des comédiens rejouent la lecture du discours au congrès Serpsy du 21 mars 2022 ici, https://www.youtube.com/watch?v=zNChJOFDBRU&ab_channel=SERPSY

Saint-Bris avec 248 voix pour, 30 contre et 17 abstentions, débute dans un silence, décrit par les participants, comme « religieux »⁶⁵ :

Nous avons très peu de temps, nous serons brefs, mais fermes. Si nous sommes ici ce matin, c'est parce que nous nous sommes aperçus que nous existons, et que nous avons notre mot à dire lorsqu'il s'agit de la psychiatrie : c'est notre boulot, notre pratique quotidienne, et nous vous refusons l'exclusivité d'un discours en vase clos [...] Nous pouvons légitimement nous proclamer observateurs-acteurs de la folie des basses-fosses des asiles [...] La psychiatrie est-elle devenue, ou est-elle encore le champ clos de toutes les expérimentations possibles ? [...]⁶⁶

C'est à ce moment que le président du congrès, qui n'est autre cette année que le Dr Daumezon, quitte la salle, suivi d'une vingtaine de ses confrères⁶⁷. Une réaction de désapprobation qui surprend les infirmier.ères en présence de par les positions désaliénistes assumées du médecin, mais aussi pour l'engagement qui est le sien auprès des infirmier.ères depuis de nombreuses années⁶⁸. Un incident dont l'extrapolation peut enrichir notre compréhension de la politique de sectorisation alors en cours. À Auxerre, le porte-parole ne s'interrompt pas pour autant et le ton se durcit, alternant une rhétorique foucauldienne avec un vocabulaire cru, visant à dénoncer la « misère » sous différentes formes : « [...] Mais quelle misère ? Nous, on dit, c'est la merde ! C'est vraiment la merde ! La gentille petite merde quotidienne. Cette merde, les pouvoir publics (vous voyez qu'on ne se trompe pas d'ennemi, à

⁶⁵ AERLIP, *Des infirmiers psychiatriques... op. cit.*, p. II.

⁶⁶ *Ibid.*, p. III.

⁶⁷ *Ibid.*, p.2 et Annexe V p. 37.

⁶⁸ Le Dr Daumezon a consacré sa thèse de médecine en 1935 au personnel infirmier : *La situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés.*

moins que ce ne soient vos amis), chaque jour, les pouvoirs publics la cautionnent. [...]»⁶⁹. Le son et la lumière sont alors coupés dans la salle Vaulabelle sabotant ainsi la poursuite du discours⁷⁰. À l'initiative du conseil médical, le congrès est suspendu⁷¹. Les membres de l'Aerfip invitent alors les psychiatres restants à les rejoindre dans leur fief temporaire de Saint-Bris pour « parler ensemble »⁷². Ils sont, selon les auteur.es de l'Aerlip, une soixantaine à monter dans les cars aux côtés des infirmier.ère.s et à poursuivre les débats⁷³. Des débats émaillés de vives critiques de la part de certains médecins évoquant « la non-représentativité du groupe, le volontariat gauchisant, le caractère trop foncièrement non scientifique du rapport [...] »⁷⁴. Hubert Bieser renvoie un témoignage plus nuancé de ces échanges :

Les psychiatres qui ont rejoint les infirmiers à Saint-Bris étaient ceux ayant des analyses de la situation psychiatrique de même nature que celles de l'Aerfip.

L'ambiance animée et bon enfant, il n'y eut aucune violence, sinon intellectuelle... !.

Pour une fois, des infirmiers pouvaient sans crainte dialoguer avec leurs supérieurs hiérarchiques. Daumezon n'y était pas et à cette occasion je fis la connaissance d'André Roumieux⁷⁵ qui "travaillait à l'asile d'aliénés" et eut beaucoup de succès à Saint-Bris. À cinquante années de distance, en vous parlant de l'évènement Auxerre, je

⁶⁹ AERLIP, *Des infirmiers psychiatrique...., op. cit*, p.III.

⁷⁰ *Ibid.*, p.II.

⁷¹ *VST, Vie sociale et traitements*, N°100 Octobre-Novembre 1974, p.25.

⁷² *Ibid.*

⁷³ AERLIP, *Des infirmiers psychiatrique...., op. cit*, p. III.

⁷⁴ *Ibid.*, p. XII.

⁷⁵ André Roumieux publie cette année-là (1974) son premier ouvrage *Je travaille à l'asile d'aliénés*, son témoignage individuel résonne avec le quotidien dénoncé dans le rapport de l'AERFIP.

me rends compte combien mes souvenirs sont fragmentaires. Ils ne sont, en somme, qu'une histoire condensée qui se déclenche sur le clic Psy/Auxerre !⁷⁶

Hubert Bieser rappelle dans ses propos les limites du matériau mnésique dans la recherche historique. La vulnérabilité cognitive de la source orale ne doit cependant pas faire oublier la force révélatrice de la matière émotion. L'infirmier nous donne ainsi accès à une ambiance, une atmosphère, qui nous permet d'appréhender la dimension remarquable de l'épisode d'Auxerre. Ces infirmier.ères qui n'étaient que des gardiens ou des domestiques quelques années en arrière, inféodé.es au pouvoir médical et institutionnel, développent alors un véritable processus d'*empowerment*. Les sources croisées de *VST* et de l'ouvrage du collectif Aerlip enrichissent notre compréhension de cette séquence historique qui poursuit la professionnalisation infirmière psychiatrique et établit les fondations du statut, des rôles et des fonctions des ISP.

Conclusion

Dans ce terrain presque entièrement à défricher de l'histoire infirmière psychiatrique française, ces deux approches aident à mieux appréhender la naissance des infirmières de secteur psychiatrique (ISP). La synthèse bibliographique amenée en première partie rend compte de la longue et complexe professionnalisation de ces soignant.es. Reconstruire cette histoire à partir des jalons chronologiques des différents statuts votés au cours du XX^e siècle enrichit notre compréhension des entraves et des freins qu'ont rencontrés ces individus avant d'arriver à constituer un véritable groupe professionnel. Le mépris ostentatoire affiché par le corps médical à l'égard du personnel d'asile et leur refus initial concernant l'accès à la formation de ces dernier.es offrent un exemple saillant de ces difficultés. Le partage des savoirs médicaux se distillera lentement dans l'alambic de la connaissance à destination des

⁷⁶ Entretien du 11 janvier 2023.

infirmier.ères. En sus, les médecins ou les politiques qui œuvrent pour une professionnalisation infirmière psychiatrique ne se heurtent pas seulement à la vindicte de leurs confrères. Dès 1907, nous comprenons comment le faible niveau d'instruction du personnel en place dans les asiles viendra grever toutes les tentatives de formation. Ce problème récurrent va même amener en 1938, avec l'obligation du diplôme d'État pour exercer en tant qu'infirmier.ère, une forme de *no man's land* statutaire dans les asiles devenus depuis 1937 des centres hospitaliers spécialisés. Cette date est aussi un symbole du fossé qui se creuse entre les infirmier.ères somatiques, soit « du corps », et psychiatriques, soit « de l'esprit ». Les premier.ères voient leur formation se renforcer alors que leurs consœurs et confrères doivent attendre 1955 pour obtenir un premier cursus uniformisé au programme famélique. Une double filière infirmière qui, à l'image de ce que renvoie notre étude historiographique, ne joue pas les mêmes rôles dans la société française et ne jouit pas non plus de la même visibilité.

Les rares, mais précieuses publications sur l'histoire infirmière psychiatrique, signalent le rôle fondamental joué par les CEMÉA dans la préparation d'une véritable formation qui voit le jour en 1973. Cette période de 1960 à 1970 semble déterminante dans la constitution du groupe professionnel ISP. La création de leur statut en 1969 coïncide avec les mouvements sociaux de mai 1968 en France. Influencée par les différents courants politiques et syndicalistes alors en marche, la « valetaille ignoble » de la fin du XIX^e siècle se fédère en association le 28 avril 1968 avec la création du Gerip. L'évènement du congrès d'Auxerre relaté à partir de sources mobilisant les acteur.rices directement concerné.es démontre le rôle du militantisme dans la genèse professionnelle des ISP. La création de l'Aerfip et sa dynamique fédératrice sur le plan national témoignent de cette contribution émancipatrice. Le contenu du rapport rédigé et remis au comité du congrès d'Auxerre traduit, de son côté, les fondations que l'on retrouvera dans les instituts de formation dès 1973, mais aussi chez les

futurs ISP qui, sur ces bases, deviendront les auteur.es de publications phares de la profession. Ces racines, de nature épistémologique, clinique, politique, philosophique et historique contribueront à nourrir le processus de professionnalisation des ISP leur conférant, par là même, une identité propre. Plus encore, les soubassements de l'histoire, retrouvés dans la construction du rapport de l'Aerfip ou dans les différents rassemblements infirmiers de cette période, laissent des indices concernant la présence d'un processus psychologique collectif pouvant expliquer les changements professionnels significatifs à venir. L'identification d'agents causaux à leur situation de dépendance, le développement d'une conscience critique exprimée dans le discours d'Auxerre chez ces infirmier.ères, mais aussi leur mobilisation active correspondent à une forme d'*empowerment* psychologique⁷⁷. À l'instar de Judie Chamberlin outre-Atlantique⁷⁸ qui, à la même période, mène le mouvement des « survivants de la psychiatrie », les infirmier.ères de secteur psychiatrique français.es semblent enclin.es à développer leur pouvoir d'agir⁷⁹. Un fait historique notable au regard des constats amers dressés par l'ordre infirmier français⁸⁰ sur le désappointement actuel de la profession. Une histoire qui peut être riche d'enseignements et d'inspiration pour les futures générations infirmières françaises.

⁷⁷ Voir ici la définition de l'*empowerment* psychologique de Marc Zimmerman autour des trois composantes intrapersonnelle, interpersonnelle et comportementale. Zimmerman, Marc. « Psychological empowerment: Issues and illustrations ». *American journal of community psychology*, 23(5), 1995, p. 581-599.

⁷⁸ Chamberlin, Julie, *On Our Own*. Mind Publications, 1988.

⁷⁹ Traduction francophone de l'*empowerment* proposée par le chercheur québécois Dr Le Bossé. Le Bossé, Yvan, « L'*empowerment* : de quel pouvoir s'agit-il ? Changer le monde (le petit et le grand) au quotidien. », *Nouvelles pratiques sociales*, 21(1), 2008, p. 137-149.

⁸⁰ Conseil national. « Les infirmiers s'interrogent sur leur avenir et souhaitent des évolutions profondes de leur métier ». *Ordre Infirmier*, le 9 mars 2023, <https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/les-infirmiers-sinterrogent-sur-leur-avenir-et-souhaitent-des-evolutions-profondes-de-leur-metier.html>

En mobilisant la théorie de l'*empowerment* psychologique proposée par Zimmerman, ce chapitre pose les fondations théoriques de l'analyse à venir. La grille à trois dimensions –

intrapersonnelle, interactionnelle et comportementale – offre une lecture dynamique et située du pouvoir d’agir, apte à saisir à la fois les processus invisibles de conscientisation et les actions visibles de transformation. L’événement d’Auxerre en 1974, présenté dans ce manuscrit, constitue une illustration fondatrice. Situé au début même de la période étudiée, il témoigne, malgré un contexte institutionnel contraignant, de l’émergence tangible de dynamiques portées par les infirmier·ères de secteur psychiatrique. Encore largement absente des récits historiques dominants, cette séquence donne un appui concret au cadre mobilisé ici et ouvre une perspective pour interroger, plus largement, les trajectoires de ce groupe professionnel à travers les concepts théoriques retenus.

Pour autant, l’analyse ne peut s’arrêter à cet épisode. C’est dans l’épaisseur des pratiques quotidiennes, des expériences situées et des récits longtemps tenus à distance des archives officielles que se déploie cette recherche. Le choix du terrain de Sainte-Marie, à la fois éloigné des centres de pouvoir et représentatif d’un établissement psychiatrique ordinaire — en apparence — s’inscrit dans cette perspective. Dans le prolongement de cette construction théorique, le chapitre suivant présente les choix méthodologiques retenus.

Références

- Ajoulat, I. (2007). *L’empowerment des patients atteints de maladie chronique. Des processus multiples* [Thèse de doctorat, Université catholique de Louvain].
- Bacqué, M. H., & Biewener, C. (2013). L’empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? *Idées économiques et sociales*, (3), 25-32.
- Bacqué, M. H., & Biewener, C. (2015). *L’empowerment, une pratique émancipatrice ?* La Découverte.

Blanchette, L. P. (2006). Michel Foucault : Genèse du biopouvoir et dispositifs de sécurité. *Lex electronica*, 11(2).[https://www.lex-electronica.org/files/sites/103/11-](https://www.lex-electronica.org/files/sites/103/11-2_blanchette.pdf)

[2_blanchette.pdf](https://www.lex-electronica.org/files/sites/103/11-2_blanchette.pdf)

Calvès, A. E. (2009). « Empowerment » :généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. *Revue Tiers Monde*, (4), 735-749.

Combret, M., Friard, D., Lanquetin, J. & Villeneuve, B. (2022). *Les infirmiers psychiatriques au cœur du soin. Analyses socio-historiques et entretiens avec des professionnels* (1^{re} éd.). Seli Arslan.

Conseil National. (s.d.). *Les infirmiers s'interrogent sur leur avenir et souhaitent des évolutions profondes de leur métier*. Consulté 18 décembre 2021, à l'adresse

<https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/les-infirmiers-sinterrogent-sur-leur-avenir-et-souhaitent-des-evolutions-profondes-de-leur-metier.html>

Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité. Tome 1 : La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.

Freire, P. (1973) *Education for Critical Consciousness*. Seabury Press, New York

Kieffer, C. H. (1984). Citizen Empowerment. *Prevention in Human Services*, 3(2-3), 9-36.
https://doi.org/10.1300/j293v03n02_03

Le Bossé, Y., Dufort, F., & Vandette, L. (2004). L'évaluation De L'empowerment Des Personnes : Développement D'une Mesure D'indices Psychosociologiques Du Pouvoir D'agir (MIPPA). *Canadian Journal of Community Mental Health*, 23(1), 91-114. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2004-0007>

Le Bossé, Y. (2008). L'empowerment : de quel pouvoir s'agit-il ? Changer le monde (le petit et le grand) au quotidien. *Nouvelles pratiques sociales*, 21(1), 137-149.

- Lukes, S. (1974). *Power: A Radical View*. London: Macmillan.
- Nadot, M. (2020). *La discipline infirmière : les trois temps du savoir*. ISTE Group.
- Peterson, N. A., & Zimmerman, M. A. (2004). Beyond the individual: Toward a nomological network of organizational empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 34(1-2), 129–145. <https://doi.org/10.1023/B:AJCP.0000040151.77047.58>.
- Pollari, P. (2017). (Dis)empowering assessment? assessment as experienced by students in their upper secondary school EFL studies. *Jyväskylä studies in humanities*, (329).
- Rappaport. J., Swift, C. and Hess, R. (1984) *Studies in Empowerment: Steps Toward understanding and Action*. Haworth, New York.
- Rissel, C. (1994). Empowerment : The holy grail of health promotion? *Health Promotion International*, 9(1), 39-47. <https://doi.org/10.1093/heapro/9.1.39>
- Zimmerman, M. A. (1990). Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of Community Psychology*, 18(1), 169-177. <https://doi.org/10.1007/bf00922695>
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment : Issues and illustrations. *American journal of community psychology*, 23(5), 581-599.

Chapitre 4 – Démarche méthodologique : une approche interdisciplinaire en sciences infirmières pour une histoire par le bas

Ce chapitre méthodologique s'inscrit dans une démarche de recherche en sciences infirmières qui assume une posture interdisciplinaire, non comme une juxtaposition décorative de savoirs, mais comme un véritable effort de traduction entre plusieurs régimes de pensée — histoire, sociologie, psychologie communautaire — autour d'un objet complexe : les infirmiers et infirmières de secteur psychiatrique en France (ISP), saisis à travers leurs trajectoires, leurs tensions identitaires, et la dynamique d'un *empowerment*⁹ psychologique souvent ignoré. Cette approche repose sur un parti pris méthodologique clair : mener une recherche ancrée dans les savoirs du terrain, en mobilisant à la fois mes expériences d'infirmier, de formateur et de chercheur, dans une posture à la fois engagée et réflexive. La méthode adoptée relève d'une logique « par le bas », attentive aux récits de professionnels longtemps maintenus à la marge des productions savantes. Ce choix implique une tension féconde entre proximité affective et exigence analytique, entre implication subjective et rigueur doctorale. Plutôt que de nier cette tension, j'ai décidé d'en faire un levier, un moteur, une ligne de force du dispositif.

Ce chapitre s'ouvre donc par une section épistémologique construite autour d'un article coécrit avec la professeure Marie-Claude Thifault, publié dans *Soins Cadres* en 2025. Ce texte interroge les conditions théoriques et méthodologiques nécessaires pour penser l'empowerment infirmier en psychiatrie depuis les sciences infirmières. Les sections suivantes détailleront les choix concrets de l'enquête : terrain, échantillonnage, entretiens, analyse, usage des archives personnelles et institutionnelles. Enfin, une ouverture plus

⁹ Le terme *empowerment* est conservé en anglais dans l'ensemble de la thèse, conformément à la définition théorique présentée dans le chapitre 3. Il est mis en italique uniquement lors de sa première apparition dans chaque chapitre, selon les conventions de l'APA 7.

réflexive conclura ce chapitre, en mobilisant un second article, en cours de publication, qui revient sur la fabrique des sources et les effets du syndrome de l'imposteur dans mon parcours de chercheur. Cette trajectoire, d'apparence personnelle, participe aussi d'une réflexion plus large sur la légitimité des voix infirmières dans l'écriture de l'histoire.

4.1 – Désinvisibiliser l'empowerment psychologique : fondements épistémologiques

L'article coécrit avec Marie-Claude Thifault et publié en mai 2025 dans la revue *Soins Cadres*, dépasse le cadre d'un simple prologue méthodologique. Il forme une clef de voûte épistémologique de cette recherche. Ce texte ne se contente pas d'introduire l'objet d'étude ; il en éclaire les enjeux profonds : comment penser l'empowerment psychologique d'un groupe professionnel historiquement marginalisé ? Quelles postures théoriques mobiliser lorsque l'on tente de faire dialoguer l'histoire, les sciences infirmières et la psychologie communautaire, sans lisser les tensions entre ces champs ? Comment produire un savoir à la fois rigoureux et sensible, attentif aux récits dissonants, aux silences et aux formes d'agentivité souterraine qui traversent les trajectoires d'ISP ? Cette collaboration d'écriture avec la professeure Thifault n'a pas seulement permis de croiser deux disciplines. Elle a permis de croiser deux postures : celle d'un infirmier-chercheur engagé dans une enquête de terrain en France, et celle d'une historienne du nursing et professeure à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa. C'est de cette rencontre qu'est née une proposition méthodologique audacieuse : articuler la matérialité des sources, la subjectivité des récits, et la tension entre implication et rigueur. En ce sens, l'article ne constitue pas une simple amorce du chapitre : il en fonde la structure même.

L'article développe un plaidoyer assumé pour la légitimité d'un savoir infirmier ancré dans l'expérience professionnelle quotidienne et défend l'intérêt d'une approche interdisciplinaire. Il porte également un engagement méthodologique fort en faveur d'une histoire orale critique, capable de rendre intelligibles les tensions inhérentes aux processus de

professionnalisation. Cette approche saisit les modalités souvent subtiles d'émergence d'un pouvoir d'agir chez les soignant·es, ainsi que les formes discrètes mais réelles de résistance ou d'affirmation identitaire qui caractérisent ces professionnel·les. Ouvrir ce chapitre méthodologique par cet article coécrit traduit une volonté d'assumer l'interdisciplinarité comme une véritable stratégie de lecture croisée des silences, des récits et des structures qui façonnent le quotidien professionnel des ISP. Cette posture ancre la thèse dans une démarche théorique véritablement située, réflexive et rigoureuse, qui complète les approches plus distanciées traditionnellement mobilisées en recherche. Ce positionnement n'est pas le fruit d'un choix méthodologique isolé mais d'une nécessité face à la complexité même de l'objet. Écrire l'histoire de l'empowerment infirmier en psychiatrie oblige à croiser des strates multiples : trajectoires individuelles, régimes de formation, cadres institutionnels, rapports de pouvoir, affects, silences, récits. Une seule discipline, une seule focale, ne suffirait pas. C'est pourquoi j'assume un ancrage interdisciplinaire nourri aussi bien par l'histoire sociale que par les sciences infirmières critiques, en passant par les théories du pouvoir et de la subjectivation de la psychologie communautaire. Dans un registre plus philosophique, cette orientation prolonge les lignes ouvertes par Dave Holmes ou Pawel Krol (2024), qui invitent à contourner les dogmes et à penser autrement les pratiques, au risque assumé de l'hétérodoxie.

Cette approche engage une lecture du terrain en tension constante, où les choix de méthode, de sources et d'analyse se pensent à partir de ce que le terrain lui-même résiste, déplace et rend possible. C'est donc à partir de cette architecture épistémologique, solidement établie dans l'article inséré à cette étape du chapitre, que se déploie l'ensemble des choix méthodologiques ultérieurs : depuis la délimitation du terrain d'enquête et la sélection des témoins, jusqu'à l'analyse croisée des différents matériaux recueillis, en passant par les outils d'enquête mobilisés et les dispositifs d'interprétation mis en place. Cet article doit donc se lire comme un texte véritablement liminaire, à la fois manifeste méthodologique et ancrage

théorique fondamental, sans lequel la suite de la démonstration perdrait sa cohérence et sa portée heuristique.

Chapitre 4 – Manuscrit III

Désinvisibiliser l’empowerment psychologique des infirmiers de secteur psychiatrique

Référence complète

Villeneuve, B., & Thifault, M.-C. (2025). Désinvisibiliser l’empowerment psychologique des infirmiers de secteur psychiatrique. *Soins Cadres*, (158), 36-40.

État de publication

Publié.

Rôle de l’auteur et contribution

Auteur principal et premier signataire. Ce texte a été conçu en collaboration avec la professeure Marie-Claude Thifault, dans le cadre d’un dossier thématique de la revue *Soins Cadres* consacré à l’invisibilité au travail. La réflexion présentée s’appuie sur les premières analyses de la présente thèse et a été rédigée à l’invitation du comité de rédaction. La publication a été validée par un comité scientifique externe à la direction de la thèse.

Mots-clés

Approche interdisciplinaire, récit de vie, histoire par le bas, sciences infirmières, empowerment psychologique, infirmier·ère de secteur psychiatrique.

Lien avec la thèse et justification de l’inclusion

Ce manuscrit constitue une première mise en perspective scientifique de la démarche méthodologique adoptée dans cette thèse. Il en expose les fondements, les tensions et les choix structurants, en s’appuyant sur les matériaux empiriques collectés sur le terrain. Sa publication dans une revue professionnelle à comité de lecture marque une étape importante dans la validation externe de la pertinence et de la robustesse de l’approche proposée.

Présenté ici en ouverture de ce chapitre méthodologique, il offre une base solide pour

articuler les enjeux scientifiques et épistémologiques de l'enquête, tout en préparant la transition vers une réflexion plus réflexive sur le parcours du chercheur et sur les effets des sources elles-mêmes sur la conduite de la recherche.

Désinvisibiliser l'empowerment psychologique des infirmiers de secteur psychiatrique

BENJAMIN

VILLENEUVE^{a,b,c,d,*}

Infirmier PhD (C), formateur

MARIE-CLAUDE THIFAUT^a

Professeure, titulaire de

la chaire de recherche sur

la francophonie canadienne

en santé

^aÉcole des sciences infirmières,

Université d'Ottawa,

Faculté des sciences de la

santé, Université d'Ottawa,

451 Smyth Road, Ottawa

Canada

^bUnité de recherche en histoire

du Nursing (URHN), Université

d'Ottawa, 75 Laurier Avenue

East, Ottawa, Canada

^cInstitut des humanités en

médecine, avenue de Provence

82, 1007 Lausanne, Suisse

^dGrieps, Les berges du Rhône,

6 avenue Leclerc, 69007 Lyon,

France

La sous-documentation de l'histoire des infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) en France trahit un angle mort historiographique plus vaste dans l'étude de l'histoire infirmière psychiatrique française. Notre étude entend désinvisibiliser cette histoire et identifier les déterminants de l'empowerment psychologique des ISP. Au-delà des dogmes, notre approche interdisciplinaire propose une méthodologie capable de documenter ces dynamiques complexes.

© 2025 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Mots clés – approche interdisciplinaire ; empowerment psychologique ; histoire infirmière ; histoire par le bas ; infirmier de secteur psychiatrique ; récit de vie ; sciences infirmières

De-invisibilizing the psychological empowerment of psychiatric nurses. The under-documentation of the history of psychiatric sector nurses (PSNs) in France betrays a wider historiographical blind spot in the study of French psychiatric nursing history. Our study aims to disinvisibilize this history and identify the determinants of ISP psychological empowerment. Beyond dogma, our interdisciplinary approach proposes a methodology capable of documenting these complex dynamics.

© 2025 Elsevier Masson SAS. All rights reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Keywords – interdisciplinary approach; life story; nursing science; nursing story; psychological empowerment; psychiatric nurse; story from below

La sous-documentation de l'histoire des infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) en France, sur la période allant de 1973 à 2000, met en lumière une lacune historiographique qui trahit un angle mort plus vaste dans l'étude de l'histoire infirmière psychiatrique française. Bien que ces professionnels aient joué un rôle central dans la transformation des soins psychiatriques, leurs récits et contributions ont souvent été marginalisés. Cette invisibilité s'inscrit dans un contexte où l'histoire des infirmières psychiatriques demeure largement méconnue et insuffisamment explorée. Au cœur d'une démarche de désinvisibilisation, notre travail de thèse cherche à documenter l'histoire des ISP et à identifier les déterminants d'un processus d'empowerment psychologique chez ces soignants. Pour comprendre la complexité de ce passé et les dynamiques de pouvoir qui l'ont façonné, nous avons opté pour une approche interdisciplinaire, intégrant des perspectives issues de l'histoire, de la sociologie et de la psychologie communautaire. Inspirée par l'appel de Krol et Holmes à « dépasser les tabous et les dogmes » dans les sciences infirmières, notre démarche pluraliste

permet de transcender les limites traditionnelles de notre discipline [1]. En l'absence de cadres théoriques spécifiques en sciences infirmières pour aborder cette recherche, l'emprunt de concepts et de méthodologies issus de disciplines connexes devient non seulement pertinent mais nécessaire.

IDENTIFIER ET QUESTIONNER "L'INVISIBLE" DANS L'HISTOIRE INFIRMIÈRE

Mécanismes d'invisibilisation dans l'histoire infirmière

L'invisible, dans un sens large, peut désigner tout ce qui échappe à la perception immédiate, que ce soient des éléments physiques, des réalités sociales, ou des récits absents, des discours dominants. Dans les sciences humaines et sociales, l'invisible inclut des dynamiques, des expériences et des savoirs qui, bien que présents, échappent aux analyses traditionnelles en raison de biais institutionnels, culturels ou politiques [2]. Arlette Farge, dans *Le Goût de l'archive*, souligne comment certains récits et voix sont systématiquement occultés par les processus historiques.

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail :

b.villeneuve@grieps.fr

(B. Villeneuve).

L'invisibilité au travail

L'historienne ajoute que l'archive, « [...] loin d'être neutre, reflète les hiérarchies et priorités de ceux qui l'ont constituée » [3]. Dans le cas des infirmiers psychiatriques, bien que de nombreux documents relatant leurs expériences et leurs pratiques quotidiennes existent, ils ont souvent été sous-représentés ou omis dans les archives institutionnelles. Cette situation n'est pas simplement le résultat d'une absence de dépôt ou de classement systématique, mais aussi d'une invisibilisation active, où les décisions sur ce qui est archivé et rendu accessible ont souvent négligé ces aspects de la pratique psychiatrique.

■ **Les travaux de Marie-Françoise Collière**, publiés en 1998, ont apporté un éclairage sur les agents causaux de l'invisibilité chronique des soins infirmiers dans le champ de la médecine [4]. L'infirmière historienne évoque la nature de ces soins, qui touchent au plus profond de l'intime et qui ne sont donc pas toujours exposés publiquement. Elle insiste principalement sur les représentations genrées et leur force d'invisibilisation [5]. Collière a décrit cette situation comme une « *histoire usurpée* », en lien avec l'histoire des femmes soignantes.

■ **Depuis la publication de son ouvrage**, certains efforts ont été réalisés pour rendre plus visibles les contributions des infirmières, notamment les récits historiques. Mais, comme le souligne Dominique Friard, l'infirmière psychiatrique continue de subir une forme de « *double peine* » en raison de son rôle dans le *dirty work*, un levier qui contribue à une invisibilisation persistante au sein de la discipline psychiatrique, souvent méprisée [6].

Contributions historiographiques

L'étude de la littérature scientifique sur l'histoire de la psychiatrie révèle une négligence marquée des acteurs et actrices périphériques au médecin¹. Marginalisées dans les récits événementiels de l'histoire de la médecine, ces figures sont ensuite assimilées au pouvoir médical dans les essais critiques des philosophes². En France, même au sein du courant inclusif de la grande histoire de la santé, les infirmiers peinent à émerger de l'ombre historique³. Contrairement à l'intérêt croissant porté aux patients, peu de chercheurs ont fait des infirmiers leur objet de recherche.

■ **Ce constat contraste nettement avec les travaux menés outre-Atlantique**, notamment en Ontario et au Québec, au sein de l'Unité de recherche en histoire du *nursing* (URHN⁴). Le développement des sciences infirmières au Canada, par la qualité et la quantité des publications, démontre l'importance d'un dispositif universitaire construit autour d'une discipline bien établie. En France, où

la discipline peine à s'imposer, l'écriture de cette histoire reste souvent confinée dans la littérature grise ou dans des ouvrages profanes⁵. Néanmoins, une historiographie de l'histoire infirmière existe, y compris concernant les infirmières psychiatriques françaises⁶. Ces travaux restent cependant dilués dans une littérature plus vaste sur l'histoire infirmière qui, elle-même, occulte ou néglige souvent sa branche psychiatrique⁷. Une histoire infirmière elle-même subsumée dans la grande histoire de la médecine et celle de la santé. À l'image des poupées gigognes, l'histoire infirmière psychiatrique se retrouve donc encapsulée dans la plus petite et la plus discrète des enveloppes. Toutefois, elle n'est pas totalement invisible et encore moins inexistante.

■ **Inspirés par nos collègues canadiens**, nous sommes aujourd'hui engagés dans le sillage tracé par ces pionniers en France afin de poursuivre ce travail de désinvisibilisation. Un travail rendu complexe par la destruction des archives infirmières dans de nombreuses institutions. Cette situation critique, mais aussi la nature même des objectifs de recherche, nous amène aujourd'hui à dépasser les limites traditionnelles de la recherche en sciences infirmières et à emprunter les approches et les méthodologies d'autres disciplines pour conduire notre étude.

UNE APPROCHE PLURALISTE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

Suivre les "lignes de fuite" [7]

En réponse à l'appel de Krol et Holmes à « *dépasser les tabous et les dogmes* », nous considérons comme pertinent l'emprunt de cadres théoriques et méthodologiques issus de diverses disciplines comme une stratégie enrichissante pour les sciences infirmières. Comme l'affirment ces penseurs disruptifs, « *le développement des savoirs infirmiers implique la pluralité* ».

En tant que chercheurs en sciences infirmières engagés dans une enquête socio-historique, c'est la complexité de notre objet d'étude et des objectifs de recherche attenants, profondément ancrés dans la discipline infirmière, qui nous pousse également à adopter une approche interdisciplinaire. Cette complexité découle notamment de la nécessité d'explorer l'histoire infirmière et d'identifier les dynamiques d'*empowerment* passées. Dans ce contexte, et en l'absence d'un cadre théorique spécifique à notre discipline pour guider cette recherche historique, nous avons fait le choix de nous appuyer sur les concepts et les méthodologies empruntés à la sociologie, à l'histoire et à la psychologie communautaire pour mener une analyse rigoureuse et enrichie, à la

NOTES

¹ L'historiographie est ici pléthorique avec des auteurs et des ouvrages de grande notoriété : Quétel (2009), Quétel et Postel (2012), Alexander et Selesnick (1972), Hochmann (2017 ; 2022), Hautstgen (2010) [...].

² Un courant historiographique marqué par des philosophes comme Cangulhem (2003), Foucault (1975 ; 1976), sociologue comme Goffman (1968) ou médecins comme Castel (1977), ou le duo atypique Swain et Gauchet (1977 ; 2007).

³ L'histoire de la santé, reconnue pour son ouverture et sa pluralité, est marquée en Europe et en France par des auteurs de renom tels que Léonard (1986), Faure (1994), Faure et Bourdelais (2005), et plus récemment Guillemain, Fauvel, et Majerus, qui ont tous contribué à enrichir ce champ en explorant les dimensions sociales, culturelles et institutionnelles de la santé.

⁴ L'URHN dirigée par le Dr Thifault se consacre à l'étude de l'évolution des soins infirmiers, particulièrement active en Ontario et au Québec, où elle contribue à la documentation et à la valorisation de l'histoire de la santé et des infirmières.

⁵ Il existe de nombreux ouvrages qui retracent ou évoquent l'histoire infirmière psychiatrique comme Tubœuf (2014) ou le manuscrit de l'Aerlip mais sans cadre de référence scientifique. Roumieux apporte de formidables récits historiques et a largement contribué à rendre visible le métier d'infirmier psychiatrique.

⁶ La production centrale reste le travail de Jeager en quatre volets (1990). Friard apporte une solide contribution dans son ouvrage d'épistémologie (2021) et dans de nombreux articles (2006). Zilliox porte des éléments supplémentaires dans l'ouvrage tiré de sa thèse (1976). Poisson également (2018). Guillemain aujourd'hui est un des rares historiens à publier sur la thématique (2010 ; 2014).

⁷ Voir ici les exemples édifiants des travaux et publications de Magnon (2001 ; 2015) ou du collectif Groupe de recherche interprofessionnel sur la profession de l'infirmière (1986).

NOTES

* Voir pour exemple les travaux de Harrison (2016) ; Klein, Perreault et Thifault (2016) ou encore Thifault et Kirouac (2019).

‡ Pour exemple : Friard Dominique, Lanquetin Jean-Paul, Perrin-Niquet Annick, Leyreloup Anne-Marie, Rajablat Marie, Touzet Patrick, Arslan Seli, Combret Michel, Revillot Jean-Marie.

hauteur des exigences de la recherche scientifique [8]. Ce recours au pluralisme ne se limite pas à l'adoption de méthodes extradisciplinaires, mais reflète une démarche philosophique plus large qui valorise la diversité des perspectives pour enrichir la compréhension des phénomènes complexes. En intégrant des théories empruntées, nous élargissons notre cadre épistémologique, ce qui permet de reconstituer et de contextualiser plus concrètement les pratiques et savoirs infirmiers. Cette approche adaptative et pluraliste, déjà initiée par des historiennes, sociologues, infirmières et philosophes de l'URHN⁸, participe à l'avancement du savoir en sciences infirmières.

Inviter l'histoire

En 1985, Roy Porter publiait un article retentissant, *The patient's view*, dans le but de recentrer l'histoire de la médecine sur les expériences et les perspectives oubliées des patients afin de rééquilibrer les récits dominés par les voix médicales [9]. Dans le sillon de l'historien britannique, les historiennes Bacopoulos-Viau et Fauvel encouragent aujourd'hui les chercheurs à adopter une approche plus audacieuse dans l'utilisation de l'*history from below*. Selon elles, « [...] nous devrions prendre en considération la grande variété des principaux protagonistes de la psychiatrie. Nous devons renouveler nos sources au-delà du texte pour inclure différents modes d'expression » [10]. En réponse à cette invitation, nous mobilisons dans notre étude une méthodologie de l'histoire par le bas centrée sur le quotidien "ordinaire" des ISP. Pour ce faire, le corpus constitué repose sur les archives institutionnelles, locales, personnelles mais aussi sur les témoignages oraux des ISP ayant pris part à cette période que nous caractérisons d'émancipatoire, soit de 1973 à 2000. Pour Alistair Thomson, cette approche de l'*oral history* constitue une méthode de recherche « inestimable et fascinante » qui permet d'accéder à des expériences non documentées [11]. Mais devant la difficulté et la complexité de l'abord scientifique de ce type de source, notre démarche méthodologique a trouvé un solide ancrage dans *Le Récit de vie* du sociologue Daniel Bertaux [12].

Inviter la sociologie

La méthode des récits de vie, telle que développée par Bertaux, permet d'étudier l'action sur la durée [13]. Contrairement à la biographie, elle se concentre sur une période spécifique de la vie d'un individu, permettant de capturer une « pièce de mosaïque sociale » [14]. Ancrée dans l'écoute

active et la non-directivité, cette approche favorise l'émergence de récits personnels. L'analyse de ces récits permet de dégager des éléments communs tout en écartant les aspects trop individuels, offrant ainsi une compréhension des dynamiques internes. Cette méthode guide notre collecte de données auprès des témoins ISP, où notre compétence d'infirmier-chercheur se révèle un atout précieux. Les objectifs de l'étude ont orienté la construction du guide d'entretien et l'analyse des résultats, tandis que l'identification d'un processus d'*empowerment* psychologique repose sur le cadre théorique du psychologue communautaire Marc A. Zimmerman [15].

Inviter la psychologie communautaire

Les rares publications savantes, mais aussi celles retrouvées dans la littérature grise ou profane, de 1973 à 2000, témoignent d'un niveau d'autonomie, de conscience critique, d'assertivité, de créativité chez nombre d'ISP dont plusieurs sont devenus des auteurs phares de la profession⁹. Cette période émancipatoire compte également un nombre important d'associations infirmières, témoins d'une mobilisation collective active, disparues aujourd'hui. L'étude conduite cherche à identifier et questionner l'expression passée d'un *empowerment* individuel et collectif.

La théorie de l'*empowerment* psychologique de Zimmerman se concentre sur le processus par lequel les individus acquièrent un sentiment de contrôle sur leur vie, se perçoivent comme compétents et capables de participer activement à leur communauté [16]. Cette théorie comprend trois dimensions principales avec leurs déterminants intrapersonnel, interpersonnel et comportemental (figure 1).

L'INTERDISCIPLINARITÉ À L'ÉPREUVE DE L'ENQUÊTE DE TERRAIN**Une histoire par le bas et la quête des sources**

Le centre hospitalier de Sainte-Marie de Clermont-Ferrand a retenu notre attention sur un critère congruent avec notre méthodologie d'une histoire par le bas : il s'agit d'un établissement "ordinaire". À l'instar de l'historien Hervé Guillemain, nous nous intéressons au quotidien, à l'ordinaire et non aux événements remarquables, aux personnalités ou aux découvertes pionnières [17].

■ **Notre familiarité avec cette institution**, due à notre rôle de formateur, nous a laissés entrevoir la possibilité d'accéder à des sources riches et utiles. Une intuition de départ rapidement confirmée par

L'invisibilité au travail

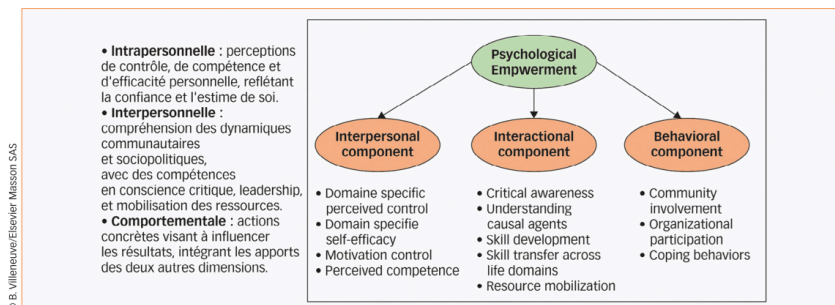


Figure 1. Nomological network of psychological empowerment [16].

la rencontre déterminante d'un informateur clef, Jean-Michel Poitre. Cet ancien ISP, aujourd'hui retraité, contribue encore à la vie associative de l'établissement au sein du groupe histoire mais aussi de l'Amicale des anciens soignants qui réunit les retraités de l'établissement. Ce double positionnement associatif de Jean-Michel Poitre nous a permis, d'une part, d'évaluer la nature et l'accès aux archives de cette institution et, d'autre part, de faire connaître notre recherche auprès de témoins potentiels.

Après obtention des accords nécessaires pour exploiter les sources institutionnelles, ces dernières ont fourni de rares, mais précieux éléments tels que des revues institutionnelles, des photos et des films 8 mm illustrant le quotidien. Les sources locales constituent aussi de solides pistes de recherche : le journal *La Montagne* qui documente certains événements marquants, apporte une vision ancrée dans la réalité de l'hôpital Sainte-Marie. Les archives personnelles des témoins, comprenant des travaux scolaires, des photos, et des registres, se révèlent les plus prolifiques. Ces documents enrichissent les récits fournis par les témoins et offrent une compréhension plus intime et diversifiée de leur vécu d'infirmier. Face à l'accès limité aux archives de Sainte-Marie, les entretiens avec les témoins représentent un matériau précieux. La méthodologie par récit de vie inspiré par le sociologue Bertaux transcende ici cette collecte de donnée spécifique.

L'approche par récit de vie inspirée

L'approche de l'entrevue inspirée par le récit de vie exige du chercheur des qualités de conduite d'entretien unique. Dans un environnement étranger, soumis aux contraintes des bruits ou des interruptions, le chercheur est invité chez l'autre. Passé les formules de politesse et après avoir introduit le sujet, il faut alors se taire pour laisser émerger le récit. Devenir capable de respecter des silences,

de longues pauses qui appellent un vécu plus profond, plus sensible. Il s'agit ensuite d'accueillir cette matière émotionnelle et de se positionner dans l'échange. Ni trop près ni trop loin, dans la juste proximité. Un art de la relation maîtrisé par les soignants de la psychiatrie.

C'est alors absolument remarquable de voir le récit émerger et se développer. Certains témoins deviennent intarissables, les anecdotes pleuvent ; certaines n'auront aucun intérêt pour l'étude, d'autres, au contraire, viennent directement répondre aux questions de recherche. À ce stade, peu importe, place à la narration, l'analyse viendra plus tard. Chez les ISP interviewés, les blocages mnésiques sont nombreux, les témoins peinent parfois à se souvenir. Puis soudain, ils se lèvent et reviennent avec des photos, des courriers ou des documents qui réactivent leurs souvenirs. Ces anciens soignants qui, au départ, doutaient de l'intérêt de leur récit sur leur carrière deviennent ensuite pleinement acteurs de la recherche au cœur de ce moment de partage.

Un témoin se rappelle au sujet de la formation initiale : « L'accompagnement exceptionnel par les médecins-chefs et les moniteurs développait notre curiosité et notre savoir-être. » Et un autre souligne la liberté dont ils disposaient pour expérimenter de nouvelles approches dans le soin : « On avait une grande autonomie, on pouvait créer des activités thérapeutiques adaptées aux besoins des patients. » La collecte de ces verbatims et leur analyse offrent une vision des différents thèmes qui viennent soutenir la documentation de cette histoire des ISP dont l'empowerment constitue un des éléments centraux de l'étude.

Vers l'identification des déterminants de l'empowerment

La matrice de Zimmerman sert dans cette étape de tamis aux nombreuses citations textuelles collectées. Les trois composantes avec leurs déterminants

RÉFÉRENCES

[1] Krol P, Holmes D. Philosophies et sciences infirmières. Paris: Hermann; 2014.
 [2] Bourdieu P. Méditations pascaliennes. Paris: Seuil; 1997.
 [3] Farge A. Le goût de l'archive. Paris: Seuil; 1989.
 [4] Collière M. Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers. Paris: Masson; 1998.
 [5] Poulat E, Marie-Françoise Collière et Evelyne Diebolt (2013). Pour une histoire des soins et des professions soignantes. Arch Sci Soc Relig 1988;66(2):261-3.
 [6] Friard D. Épistémologie soin infirmier. De la blouse blanche à la toge universitaire. Un modèle des soins et du travail relationnel en psychiatrie. 1^{re} éd. Paris: Seli Arslan; 2021.
 [7] Holmes D, Galaldo D. Rhizomatic thought in nursing: an alternative path for the development of the discipline. Nurs Philos 2004;5(3):258-67.
 [8] Krol P. Pour la transdisciplinarité en sciences infirmières. Soins 2024;69(886):37-40.
 [9] Porter R. The patient's view: doing medical history from below. Theory Soc 1985;14:175-98.
 [10] Bacopoulos-Viau A, Fauvel A. The patient's turn roy porter and psychiatry's tales, thirty years on. Med Hist. 2016;60(1):1-18.
 [11] Thomson A. Four paradigm transformations in oral history. Oral Hist Rev 2007;34(1):49-70.
 [12] Bertaux D. Le récit de vie. 4^e éd. Paris: Armand Colin; 2016.
 [13] Vincent-Ponroy J, Chevalier F. Chapitre 9. Les récits de vie. In: Chevalier F, Cloutier M, Mitev N, editors. Les méthodes de recherche du DBA. Caen: EMS Éditions; 2018. p. 158-75.

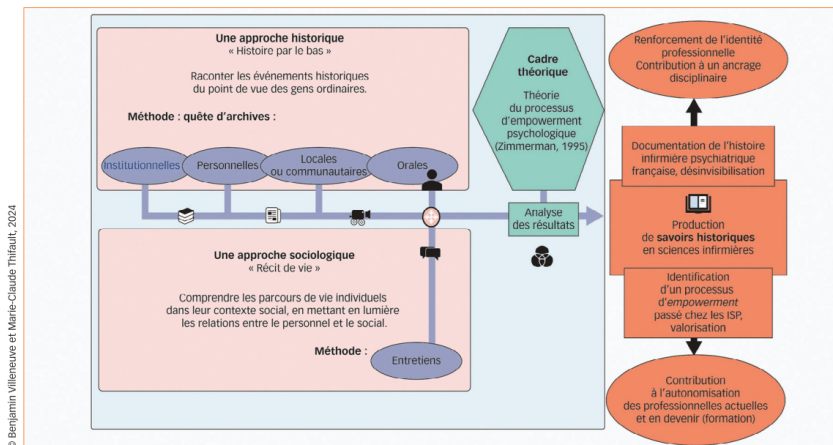


Figure 2. Les sciences infirmières dans la pluralité de ses approches théoriques et méthodologiques.

RÉFÉRENCES

[14] Bertaux D. Les récits de vie. Paris: Nathan Université; 2003.
 [15] Zimmerman MA. Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions. Am J Community Psychol 1990;18(1):169-77.
 [16] Zimmerman MA. Psychological empowerment: issues and illustrations. Am J Community Psychol 1995;23(5):581-99.
 [17] Guillemain H. Chronique de la psychiatrie ordinaire: patients, soignants et institutions en Sarthe du xix^e au xxi^e siècle. Le Mans: Éditions de la Reinette; 2010.
 [18] Namaste V. Savoirs créoles. Leçons du sida pour l'histoire de Montréal. Montréal (Canada): Mémoire d'encrier; 2019.
 [19] Thifault MC, Kirouac L. Les infirmières psychiatriques témoins d'un mouvement d'humanisation au cours des premières et deuxième vagues de la désinstitutionnalisation au Québec (1960-1990). Rech Soins Infirm 2019;139:99-108.

Déclaration de liens d'intérêts
 L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

aident à identifier les traces de ce processus d'empowerment passé. Les témoignages montrent par exemple combien les ISP jouissaient d'un haut degré de contrôle perçu, se sentant responsables de la qualité des soins qu'ils dispensaient : « *Nous étions vraiment les garants de la relation avec les patients, on avait un vrai pouvoir d'action.* » La participation aux processus décisionnels est également apparue comme un facteur déterminant, avec plusieurs ISP décrivant comment ils étaient impliqués dans les décisions concernant les soins : « *Les médecins nous faisaient confiance pour mettre en place des outils thérapeutiques, on était des acteurs de ce changement.* »

■ **La compréhension critique des enjeux contextuels** est également perceptible dans les réflexions des ISP sur les réformes institutionnelles et les évolutions sociétales qui ont marqué leur carrière, en particulier la sectorisation : « *On sentait que tout était possible dans cette période, quelle chance on avait d'être là dans ce moment.* » Cette palette non exhaustive de verbatims en faveur d'un processus d'empowerment est aussi nuancée par d'autres : « *Tout le monde n'était pas engagé dans cette transformation de la psychiatrie, il y avait des bastions de résistance.* » Et d'autres ne sont pas du tout intéressés à la perte de leur diplôme en 1992 : « *J'étais loin de tout ça en travaillant de nuit, ça ne m'intéressait pas.* »

■ **Des éléments de confirmation ou de nuances d'un empowerment** chez les ISP collectés par des entretiens qui, comme pour les autres thèmes servant la documentation de cette histoire (formation

initiale, le compagnonnage, l'identité professionnelle, le soin infirmier, la fin du diplôme, etc.), bénéficient dans notre étude du croisement des sources. Une étape majeure et incontournable de l'analyse avec comme modèle et inspiration méthodologique les travaux remarquables des professeurs Viviane Namaste [18] ou Thifault et Laurie Kirouac au Québec (figure 2) [19].

CONCLUSION

Notre approche participe à désinvisibiliser l'empowerment psychologique des infirmiers de secteur psychiatrique. Elle met en lumière les manques notables dans la documentation historique des ISP en France entre 1973 et 2000, soulignant ainsi un déficit significatif dans l'historiographie de la psychiatrie infirmière française. Bien que ces professionnels aient joué un rôle crucial dans l'évolution des soins psychiatriques, leurs expériences et contributions ont souvent été occultées, reflétant une invisibilité qui perdure dans un domaine encore peu exploré. En réponse à cette invisibilité, notre étude s'appuie sur une approche interdisciplinaire, intégrant des perspectives de l'histoire, de la sociologie, et de la psychologie communautaire, pour enrichir la compréhension des dynamiques qui ont façonné les pratiques des ISP. Inspirée par les propositions de Krol et Holmes pour transcender les dogmes traditionnels en sciences infirmières, notre démarche vise à redéfinir les contours de notre discipline. ■

4.2 Une méthodologie enracinée dans les pratiques infirmières

4.2.1. *Écrire à partir du bas : une histoire ordinaire du soin.* Cette recherche s'inscrit dans une orientation historiographique désormais bien identifiée, celle d'une histoire par le bas, issue des travaux fondateurs d'Edward Palmer Thompson (1966) et trouvant un point d'inflexion majeur avec Roy Porter (1985). Porter insiste non seulement sur l'extension de la focale historique vers les acteur·rices ordinaires, mais aussi sur la pluralité des voix, des langages et des registres d'expérience comme matériaux légitimes de l'histoire sociale de la médecine. L'historien anglais opère ainsi un déplacement décisif : plutôt que de simplement réhabiliter les oubliés, cette approche repense les hiérarchies du savoir en intégrant des formes narratives, affectives et disqualifiées de rapport au soin. Cette démarche prolonge une critique méthodique de l'histoire traditionnelle, en contestant son centrage sur les figures d'autorité et en valorisant les acteur·rices subalternes dans leurs environnements situés. Ce courant ne se limite pas à une inversion rhétorique des hiérarchies symboliques : il constitue une véritable contre-proposition épistémologique, qui reformule ce que peut et doit être aussi un objet historique. En filigrane, cette orientation historiographique cherche aussi à réparer une injustice épistémique, en restituant une légitimité aux expériences et aux savoirs infirmiers longtemps disqualifiés ou minorés dans les récits dominants de la psychiatrie.

Dans cette perspective, la focale porte sur les pratiques informelles, les savoirs incorporés, les résistances discrètes et les ajustements silencieux plutôt que sur les réformes ou les événements. Cette attention aux formes de pouvoir non instituées, aux « arrangements » locaux, trouve une résonance particulière dans l'analyse des trajectoires infirmières psychiatriques. Elle interroge ce qui s'invente dans les marges de l'action prescrite, et permet de penser une agentivité soignante « ordinaire », ni spectaculaire, ni héroïque, mais quotidienne, située, persistante.

C'est précisément dans cette logique que le terrain de recherche a été choisi.

L'établissement Sainte-Marie de Clermont-Ferrand, loin des lieux emblématiques de la réforme psychiatrique, s'impose par sa banalité même. Il fonctionne comme un observatoire des mutations lentes, des formes d'endurance institutionnelle, des tensions entre normes professionnelles et pratiques effectives. Dans ses *Chroniques de la psychiatrie ordinaire*, Hervé Guillemain (2010) montre combien l'ordinaire, loin d'être synonyme d'insignifiance, recèle une richesse analytique dès lors qu'on accepte de décentrer le regard. Pour rendre compte de ces dynamiques, restituer un contexte ou convoquer exclusivement les ressources archivistiques ne suffit pas. Si ces dernières demeurent fondamentales, elles ne permettent pas, à elles seules, d'accéder à la dimension incarnée, contextuelle et souvent dissonante de l'expérience soignante. La démarche requiert donc une posture méthodologique apte à faire émerger la parole des soignant·es comme catégorie d'analyse à part entière. Cela implique une attention continue aux subjectivités, aux épreuves vécues, aux tensions silencieuses et aux récits partiels. Une telle posture repose sur une interdisciplinarité assumée, mobilisant de manière critique les ressources des sciences infirmières (centrées sur le soin et la relation), de la sociologie qualitative (structurée autour de l'induction et de l'interprétation située), et de l'histoire sociale (ancrée dans les temporalités, les contextes et les institutions). L'enjeu consiste à faire dialoguer des traditions scientifiques parfois hétérogènes autour d'un même objectif : comprendre, à partir d'une parole ordinaire, ce qui se joue dans le quotidien du soin psychiatrique.

4.2.2. Récits de vie et histoire orale : une méthode pour penser le soin. Le choix du récit de vie comme dispositif principal de recueil ne relève pas d'un simple outil technique. Cette approche s'inscrit dans une filiation théorique précise, à l'intersection de l'histoire orale critique et de la sociologie des récits de vie, telle qu'elle a été formalisée par Daniel Bertaux. Ce dernier constitue une figure inspirante majeure dans la construction méthodologique de

cette recherche. En mobilisant les récits singuliers comme révélateurs des configurations sociales, Bertaux invite à considérer le récit non comme une fin en soi, mais comme un accès privilégié aux logiques collectives qui les traversent (2016, p. 13). Cette approche rejoint les travaux d'Alessandro Portelli, Paul Thompson et Luisa Passerini, qui, dans le champ de l'histoire orale, envisagent la parole non comme un réservoir d'informations sur le passé, mais comme une production située, une performance narrative qui articule subjectivité, mémoire, et rapports de pouvoir. Bertaux renforce cette perspective en soulignant l'importance de l'agencement biographique, des bifurcations de parcours et des dissonances comme révélateurs de tensions sociales profondes (2016, p.13). Dans cette optique, le récit de vie permet d'articuler parcours individuel et structurations collectives, expériences vécues et dynamiques institutionnelles. Cette méthode donne accès à la manière dont les soignant·es se représentent leur métier, leur pouvoir d'agir, leurs conflits de loyauté, leurs ajustements éthiques. Loin de viser une restitution neutre ou exhaustive, le récit constitue un espace de mise en sens rétroactive, à travers lequel les témoins élaborent ce qu'a signifié, pour elles et eux, l'exercice du soin en psychiatrie.

Cette parole, nécessairement subjective, reconstruite, parfois stratégiquement omissive, ne constitue pas un biais mais un noyau analytique. Comme le souligne Portelli (2006), le récit ne vaut pas seulement pour ce qu'il dit, mais pour ce qu'il fait : il performe une position, un rapport à l'enquêteur·rice, une lecture du passé. Cette dimension interactionnelle engage pleinement la narration dans ses conditions d'énonciation, qui en façonnent le contenu autant que la forme. Ce recours au récit de vie s'inscrit dans une démarche inductive raisonnée, qui refuse à la fois l'objectivation brute et l'herméneutique intégrale. L'objectif consiste à faire émerger des régularités, des bifurcations, des tensions à partir de récits singuliers, sans prétendre les figer dans une typologie. Cette orientation trouve un ancrage dans des travaux en histoire du soin ayant fait des récits infirmiers un matériau central : ceux

de Thifault et Kirouac (2019) sur les religieuses hospitalières, ou de Namaste (2020) sur les infirmières haïtiennes à Montréal, en sont des exemples paradigmatiques. Le croisement des récits avec d'autres matériaux – institutionnels, personnels, médicaux – fera l'objet de la section suivante. Mais dès maintenant, il importe de poser le récit comme un vecteur d'intelligibilité du soin, dans sa densité affective, sa conflictualité latente et sa portée politique. C'est à partir de ces paroles, souvent disqualifiées, que peut se construire une histoire sociale du soin psychiatrique, attentive aux subjectivités, aux marges, et aux pratiques non spectaculaires.

4.3 Terrain d'enquête et échantillonnage raisonné

Mon choix du site d'enquête n'est pas anodin. J'inscris ma démarche dans une volonté explicite d'ancrer l'analyse dans un établissement a priori « ordinaire », c'est-à-dire ni emblématique ni survisibilisé par l'historiographie, à distance des figures pionnières ou charismatiques qui dominent souvent les récits de la psychiatrie infirmière. Le centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand semble correspondre à ce profil : implanté en hypercentre tout en desservant un bassin rural périphérique, il n'a pas fait l'objet d'études spécifiques sur les infirmier·ères de secteur psychiatrique. Certes, Olivier Bonnet a documenté l'histoire de la congrégation Sainte-Marie et de ses établissements, mais ces travaux ne portent pas sur les trajectoires et les pratiques des ISP dans cet hôpital précis. C'est dans cette perspective d'« histoire par le bas » que j'ai situé mon choix méthodologique : privilégier un terrain qui, au premier regard, ne laissait pas présager d'événements marquants ou de figures exceptionnelles, afin de saisir la condition soignante dans son quotidien.

Pourtant, l'enquête a révélé un paradoxe fécond : ce qui s'annonçait comme ordinaire s'est déployé en réalité comme une histoire extraordinairement riche. Les récits oraux recueillis, les archives personnelles explorées et les fragments institutionnels analysés ont mis

au jour des formes d'inventivité, de résistance et de subjectivation échappant aux récits dominants, révélant toute la densité de ce terrain. Le lien au site ne procède pas d'une implication biographique préalable. Je n'y connaissais personne au départ : il s'est construit d'abord par ma position de formateur, puis s'est affermi par une relation de confiance avec l'équipe de direction. Ce contexte a facilité l'accès aux archives internes, conservées en annexe de la bibliothèque. Leur état décevant — deux cartons mêlant projets de service, revues, flyers et photographies éparses, sans classement — m'a orienté vers des sources complémentaires, au premier rang desquelles les témoignages oraux. Le refus initial des archives départementales concernant l'accès aux dossiers médicaux a accentué ce déplacement, mais il a aussi confirmé l'intérêt méthodologique d'investir ces marges documentaires, là où se joue une mémoire infirmière souvent reléguée. Cette pauvreté archivistique, structurelle autant que conjoncturelle, n'a pas seulement limité les pistes documentaires : elle a orienté dès les premiers mois l'enquête vers un travail de terrain, où le recueil oral devenait non plus un complément, mais un point d'appui central. C'est donc dans une logique d'histoire orale, attentive aux récits de vie (Descamps, 2005 ; Bertaux, 2016 ; Portelli, 2006), que le dispositif méthodologique s'est déployé.

Le recrutement des témoins a été initié par la lecture publique, lors d'une réunion de l'amicale des ancien·nes ISP de l'établissement, d'un courrier détaillant les objectifs, la posture, et les modalités de la recherche (Annexe 5). Ce dispositif a permis une diffusion large et respectueuse de l'appel à participation, amorçant les premiers contacts. La suite du recrutement a reposé sur un échantillonnage théorique par boule de neige (Glaser & Strauss, 1967), à partir d'un informateur clé, cadre supérieur retraité, impliqué dans la conservation patrimoniale du site et les liens intergénérationnels au sein de l'amicale. L'échantillon a été constitué selon une double exigence méthodologique : d'une part, des critères d'inclusion stricts (être diplômé·e ISP, avoir exercé au moins cinq ans à Sainte-Marie entre 1969 et 1999)

; d'autre part, des critères de diversité raisonnée. Une attention a été portée à la parité sexuée, en lien avec les données disponibles sur la profession : 69 % de femmes ISP dans les années 1980, selon Dupeux et Letourneau (1991, p.42), mais aussi à une pluralité générationnelle, les diplômés ayant connu trois réformes successives entre 1969 et 1992, modifiant profondément les contenus pédagogiques, la durée de formation et les finalités affichées. Cette stratification permet d'interroger la manière dont ces formations différenciées ont façonné les représentations du soin, les postures professionnelles, et les formes d'investissement collectif. Par ailleurs, la diversité des secteurs d'activité à partir de la territorialisation des soins du Puy-de-Dôme a été intégrée comme critère de structuration, de même que la pluralité des parcours : certains témoins sont engagés, syndiqués, devenus cadres ou formateurs. Cette hétérogénéité, que Bertaux nomme « exigence de variation », constitue un levier pour saisir les lignes de tension constitutives de l'identité infirmière psychiatrique à la fin du XXe siècle (p.33). Chaque contact a été suivi d'un entretien téléphonique individualisé, explicitant les conditions de participation, les objectifs scientifiques et le dispositif d'écoute. L'échantillon reste évolutif, selon une logique de saturation progressive, évaluée à partir de l'analyse conjointe des premiers entretiens. Au total, vingt témoins, hommes et femmes, composent ce corpus, dont les caractéristiques qualitatives et quantitatives seront présentées plus en détail dans le paragraphe dédié plus loin (4.5). La construction du guide d'entretien, présentée dans la section suivante, s'est appuyée sur ces premières rencontres, tout en gardant ouverte la possibilité d'ajustements réflexifs.

4.4 L'entretien : construction du guide d'entrevue et déroulé de l'entretien

La construction du guide d'entretien suit une logique narrative semi-structurée. J'ai procédé en amont à un entretien test avec un·e témoin volontaire. Cette phase de pré-test, fréquemment recommandée dans les recherches qualitatives (Paillé & Mucchielli, 2016), vise à éprouver la pertinence du dispositif, anticiper les zones d'inconfort ou d'illisibilité, et ajuster

le rythme, la formulation et la portée des relances. Elle permet également de vérifier que le guide fait effectivement émerger des données en lien avec notre problématique. Inspiré de la méthode du récit de vie selon Bertaux (2016), le guide se présente sous la forme d'un aide-mémoire souple plutôt que d'un questionnaire thématique rigide. Comme le rappelle de Villers (1996), dans le cadre d'un récit de vie, le guide sert moins à cadrer qu'à relancer le récit, permettant au chercheur de revenir sur des éléments éludés ou évoqués de manière incidente (Annexes 1 ; 6).

Concrètement, chaque entretien se structure en deux temps distincts. Une première phase ouverte permet aux témoins de développer librement son récit, en s'appuyant sur une consigne de départ claire : raconter son entrée dans la formation ISP, son parcours professionnel dans l'établissement, ses souvenirs, ses doutes, ses engagements et ses impressions sur l'évolution du métier. Une deuxième phase, plus cadrée, s'appuie sur le guide pour approfondir certains aspects, notamment en lien avec la grille théorique de l'empowerment psychologique définie par Zimmerman (1995). Les trois dimensions – intrapersonnelle, interactionnelle, comportementale – guident ainsi plusieurs relances, sans toutefois contraindre la parole ni figer les réponses (Annexe 6). Bertaux (2016, p.64) insiste sur le caractère évolutif du guide, ajusté au fil de l'enquête. J'ai respecté cette plasticité : les premiers entretiens nourrissent les suivants, affinant les relances et révélant des thématiques jusqu'alors insoupçonnées (rapport aux psychiatres, transmission entre ISP, effets de la fin du diplôme). Cette dimension inductive se trouve renforcée par l'attention portée au « précentrage », c'est-à-dire à l'information donnée en amont à chaque témoin. Comme le souligne Bertaux (2016, p. 38), il importe que les témoins sachent à quoi ils contribuent, à quelle période l'enquête s'attache, et dans quel cadre ils sont sollicités. Je me suis ainsi présenté comme chercheur en sciences infirmières engagé dans une thèse d'histoire, en indiquant que l'enquête visait à analyser les trajectoires des infirmiers psychiatriques. Cette

précision avait pour fonction de garantir la transparence et de créer un cadre de confiance, en évitant toute ambiguïté sur la finalité scientifique de la recherche.

En ce sens, chaque rencontre est précédée d'un échange préparatoire permettant de restituer les objectifs de la recherche, le contexte historique visé (1969–2000), et les modalités de recueil. Cette préparation garantit des conditions d'écoute favorables à la densité du matériau recueilli, ouvrant ainsi à la phase suivante : celle de la conduite effective des entretiens, où se déploie pleinement la posture d'écoute, l'attention aux silences, aux inflexions, et aux dynamiques de co-construction du sens.

4.5 Conduite des entretiens et posture intersubjective

La conduite effective des entretiens s'est déployée sur près d'un an, entre le 1^{er} mars 2024 et le 18 février 2025, auprès de vingt témoins — dix femmes et dix hommes — toutes et tous diplômé·es ISP et ayant exercé au sein du centre hospitalier Sainte-Marie, conformément aux critères d'inclusion retenus. Ce recueil s'inscrit dans un cadre éthique strict, validé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa (Annexe 7), en conformité avec l'Énoncé de politique des trois conseils (EPTC 2, 2022). Chaque participant·e a donné un consentement libre, éclairé et écrit, signé et archivé, conformément aux exigences en vigueur (Annexe 8). Dix-huit ont également autorisé la levée de l'anonymat, pour permettre, si nécessaire, l'attribution directe de leurs propos dans la restitution narrative ou analytique. Deux ont souhaité le préserver. L'échantillon permet de couvrir l'ensemble des périodes de formation ayant existé entre 1969 et 1992 : la première version (1969-1973), la seconde (1973-1979) et la dernière (1979-1992). Les entretiens ont été conduits selon les modalités choisies par les témoins : majoritairement à leur domicile, à distance par visioconférence ou, dans un cas, par téléphone. La durée moyenne de ces entretiens était de 1h30, avec des variations allant de 1h à 1h55, en fonction de la disponibilité, de la densité narrative et de la dynamique émotionnelle propre à chaque

rencontre. Quatre témoins ont accepté un second entretien, visant à approfondir certains segments du récit ou à revenir sur des points laissés en suspens. Sur le plan technique, tous les entretiens formels ont été doublement enregistrés numériquement à l'aide d'un smartphone sécurisé et d'un dictaphone numérique dédié, puis transférés et conservés sur un serveur crypté privé, conformément aux règles éthiques établies dans le protocole validé par l'EPTC. Un journal de terrain a été tenu tout au long de la collecte, consignnant les impressions, contextes, silences, émotions, remarques hors micro ou éléments para-verbaux notables. Ce journal constitue une source réflexive essentielle, dans une perspective compréhensive et intersubjective (Piron, 2017 ; Piron & Arsenault, 2021).

En marge de ces temps formels, et à l'initiative des témoins ou par opportunité, se sont tenus plusieurs espaces d'échange informel : repas partagés, cafés, discussions prolongées après les entretiens. Bien que non enregistrés et non analysés comme données au sens strict, ces moments ont constitué un enrichissement important du processus de recherche. Cette reconnaissance des espaces informels rejoint les travaux de Portelli (2006), qui identifie l'entretien informel comme un moment propice à la circulation d'éléments de contexte, d'émotions et de reformulations différées, contribuant à affiner la compréhension de l'objet comme j'ai pu l'observer dans mes notes de terrain. De même, Jean-Claude Kaufmann (1996) rappelle que les bords de l'entretien, les échanges avant ou après l'enregistrement, ou les interactions sociales qui l'entourent, participent du processus compréhensif, en éclairant la position du témoin comme celle du chercheur. Sans être traités comme matériaux primaires, ces fragments périphériques offrent des indices sensibles qui nourrissent la posture d'analyse. Ils ont permis d'approcher ce qui, parfois, ne peut être dit dans le cadre balisé d'un entretien semi-directif. Ces temps latéraux ont également ouvert sur des interactions à plusieurs voix (binômes ou trinômes de témoins), où la remémoration

croisée produit une narration collective non négligeable dans la compréhension du contexte professionnel.

La conduite de ces entretiens s'est appuyée sur une expérience clinique et pédagogique de plus de vingt ans en santé mentale. Cette trajectoire professionnelle m'a permis de mobiliser, en situation, une posture d'écoute active, non jugeante et sécurisante, adossée à une maîtrise des techniques d'entretien issues de l'approche rogérienne (Mucchielli, 1996 ; Fenneteau, 2002). L'empathie professionnelle, loin d'entraver la rigueur, a permis d'installer un cadre de confiance favorisant l'émergence d'un discours en profondeur, parfois au-delà de ce que les témoins avaient eux-mêmes anticipé. Le concept de neutralité bienveillante (Vincent-Ponroy & Chevalier, 2018) a ici été mobilisé pour penser la distance relationnelle dans une perspective épistémologique exigeante. Au cœur de cette démarche, l'intersubjectivité s'est imposée comme un enjeu central. Les entretiens ont été vécus comme des espaces de co-construction de sens, où s'articulaient les affects, les mémoires, les silences et les reformulations. Le statut double du chercheur — infirmier psychiatrique et doctorant en sciences infirmières — n'a pas été neutralisé, mais pensé comme une ressource méthodologique. La proximité professionnelle a facilité l'identification, mais nécessitait une vigilance constante pour ne pas plaquer une lecture familière sur des trajectoires singulières. Comme le souligne Gaston Pineau (1983), la distance épistémologique optimale se négocie dans l'échange : le chercheur s'efforce de s'approcher du contenu, tandis que le témoin tente de s'en distancier pour le rendre intelligible. Ainsi, la qualité de ces entretiens repose autant sur la préparation méthodologique que sur les compétences relationnelles spécifiques mobilisées pendant l'échange. Cette articulation entre rigueur et sensibilité, entre cadre et souplesse, constitue l'un des fondements épistémologiques majeurs de cette enquête.

4.6 Méthode d'analyse des entretiens

L'analyse des entretiens a débuté très en amont de la phase de saturation, dans une logique inductive et progressive, comme le préconise Bertaux (2016, p.71). Ce dernier recommande de retranscrire intégralement les trois ou quatre premiers entretiens « à chaud », afin d'enclencher un processus réflexif de maturation méthodologique. Ce principe a été suivi dans la présente recherche, avec une attention particulière portée à l'écoute fine des premiers récits, qui ont influencé la reformulation du guide d'entretien et renforcé la capacité d'écoute. À la différence du protocole initial, qui prévoyait un assouplissement progressif de la retranscription au profit de prises de notes, j'ai fait le choix méthodologique d'une retranscription complète de l'ensemble des entretiens, mot à mot, afin de conserver l'intégralité du matériau narratif. Cette tâche a été réalisée avec l'aide du logiciel *Noota*, un outil numérique de retranscription automatique dont la performance a été systématiquement contrôlée et corrigée manuellement. Cette décision, plus exigeante, s'inscrit dans une volonté de maîtrise pleine du corpus et d'immersion répétée dans la parole des témoins, condition nécessaire à une lecture diachronique fine.

L'analyse a combiné une lecture linéaire et structurée des entretiens, avec une prise de notes progressive dans un carnet de terrain analytique, croisant observations contextuelles, émotions notées à chaud, silences, rires, fragments hors micro. Ce matériau, qualifié par Vincent-Ponroy et Chevalier (2018) de « données secondaires », a permis de réintroduire les dimensions affectives et relationnelles dans la lecture des récits. En suivant la grille proposée par Bertaux (2016, p.74), chaque entretien a été analysé selon trois niveaux : l'intériorité du sujet (construction identitaire, récits de soi, ressentis), l'historique des relations (relations aux pairs, à l'équipe, aux hiérarchies, aux patient·es) et les rapports socio-structurels (rôles professionnels, pouvoir, segmentation du travail). À cette structure tripartite s'ajoutent les trois filtres de lecture de la narration : réalité historico-empirique, réalité psychique et

sémantique, et réalité discursive, cette dernière produite dans la co-présence dialogique entre chercheur·se et témoin (2016, p. 77) (Annexe 9).

La complexité de cette triple lecture a nécessité une vigilance accrue quant à la temporalité du récit. Les récits ont souvent été traversés par des sauts temporels, des retours en arrière, ou des anticipations. Cette dynamique narrative a été analysée avec le souci de faire coïncider autant que possible la temporalité du récit avec la chronologie historique, en tenant compte des effets du vieillissement, de la nostalgie, ou au contraire, des silences marqués (2016, p.78). L'ensemble de ces éléments a permis de dégager des indicateurs récurrents, appelés « indices » par Bertaux (2016, p.71), comparés entre les différents entretiens selon une logique de mise en dialogue (Vincent-Ponroy & Chevalier, 2018). Cette méthode n'avait pas pour objectif de produire un modèle généralisable, mais plutôt de renforcer la validité interne des éléments repérés comme pertinents pour retracer l'histoire des infirmier·ères psychiatriques en France avant 1992 et saisir les logiques d'empowerment psychologique pouvant alors s'être enclenchés chez les ISP. Comme c'est généralement aujourd'hui l'usage dans la recherche qualitative, le point de saturation des données a été considéré atteint non pas sous la forme d'un seuil figé, mais comme une impression croissante de convergence narrative, de redondance analytique, et de densité explicative, à mesure que le corpus s'est étoffé.

L'ensemble de l'analyse a été réalisé sans recourir à des logiciels d'analyse qualitative automatisée. Ce choix assumé s'inscrit dans une posture d'immersion artisanale dans les données, où chaque fragment est lu, relu, annoté, comparé à la main. Si les humanités numériques offrent des potentialités puissantes pour certains travaux, la dimension subjective et incarnée du matériau recueilli me semblait ici nécessaire une proximité constante avec le langage, les inflexions, les détours et les ruptures du récit. Je me suis situé ici dans la lignée, entre autres, d'Alain Blanchet (2010), qui insiste sur le fait que l'analyse qualitative exige une

implication directe et incarnée du·de la chercheur·se, seul moyen d'atteindre une compréhension en profondeur des récits situés. Afin de garantir la transparence et la traçabilité des données extraites, un système de codage précis a été mis en place pour l'ensemble des citations issues des entretiens. Ce système, conforme aux recommandations de l'APA 7 (APA, 2020, §8.36), repose sur des initiales de témoin, un repérage par extrait, et une numérotation des lignes citées. Il permet une lecture croisée entre les extraits figurant dans le corps du texte et l'appendice analytique numéro 1 (Annexe 1). Cette structuration, inspirée des préconisations de Paillé & Mucchielli (2021), garantit un équilibre entre lisibilité, rigueur documentaire et fidélité aux propos recueillis.

Malgré cette densité méthodologique, certaines limites inhérentes à l'usage du récit de vie méritent d'être posées avec rigueur. Comme pour l'histoire orale dans son ensemble, l'usage de la mémoire comme matériau de recherche comporte de nombreux biais liés à la reconstruction du passé. Pierre Bourdieu (1986) évoque ici l'« illusion biographique », ce phénomène par lequel l'individu tend à lisser son parcours, à le rendre cohérent rétroactivement. De même, François Dosse (2007, p.39) alerte sur les effets de narration a posteriori qui orientent le témoignage vers des scénarios intelligibles mais parfois appauvris de leurs tensions initiales. Cette dynamique peut générer des omissions, des reconstructions ou des idéalizations affectives, en particulier lorsque les souvenirs convoqués sont anciens. Chez les personnes âgées de 65 à 80 ans, qui constituent essentiellement l'échantillon, s'ajoutent potentiellement des effets de déclin cognitif ou de fragilité attentionnelle, nécessitant une vigilance renforcée lors de l'écoute et de l'interprétation. À cela s'ajoute le poids du précentrage de l'entretien, qui peut inciter involontairement les témoins à censurer certains pans de leur récit, par pudeur, loyauté ou croyance que l'objet de recherche ne les concerne pas. Par ailleurs, la mémoire sensible – chargée d'émotions – peut conduire à taire les événements douloureux ou traumatiques. Bertaux (2016, p.41) rappelle toutefois que ces

limites sont connues et intégrées dans l'approche herméneutique du récit de vie. À la différence du biographe, l'historien s'appuie sur ces écarts et tensions pour produire du sens. Dans la démarche historique, le croisement des récits ainsi que leur confrontation avec les sources écrites permettent notamment de repérer les discours trop singuliers, potentiellement fantasmés ou réécrits, en les confrontant à d'autres versions ou à des logiques structurelles. Dans cette recherche, ces réserves ont été prises en compte en amont comme en aval : d'une part, dans la posture d'écoute et d'accompagnement du récit, et d'autre part, dans la triangulation avec des sources complémentaires.

4.7 Codage des sources primaires et intégration dans le texte

Certaines sources mobilisées dans cette recherche — archives personnelles, associatives, institutionnelles ou médicales — ne relèvent pas des formats classiques de publication et ne sont pas toujours accessibles au lectorat. Dans un souci de rigueur documentaire et de transparence, un système de codage spécifique a été élaboré pour permettre leur repérage clair dans le corps du texte. Chaque document utilisé a été référencé dans un tableau de codage des sources primaires, situé dans l'appendice analytique numéro 2 (Annexe 2), qui précise son type, sa description, sa date et le code qui lui est associé. Ces codes — (AP1) pour une archive personnelle, (AA1) pour une archive associative, (AI2) pour une archive institutionnelle, etc. — sont ensuite utilisés dans le texte pour signaler la référence. Ils renvoient à la bibliographie des sources primaires, distincte des références APA et reproduite intégralement dans l'Annexe 2. Ce dispositif s'inscrit dans l'esprit du style APA 7, adopté ici pour assurer une cohérence avec les usages en sciences infirmières, tout en répondant aux spécificités méthodologiques d'une démarche historique fondée sur des matériaux hétérogènes, parfois non publiés.

C'est dans cette perspective critique et réflexive que s'inscrit le croisement des entretiens avec des matériaux non oraux : documents administratifs, photos, courriers,

archives associatives, écrits de formation. Ce travail de triangulation ne vise pas une confirmation factuelle, mais une densification des perspectives, un déplacement des angles morts, et une lecture plus complexe de la parole recueillie. La section suivante développera ces articulations méthodologiques entre sources hétérogènes, dans une logique d'histoire incarnée et rigoureuse.

4.8 Collecte et triangulation des sources

Si les récits de vie constituent le cœur du dispositif de cette recherche, ils n'épuisent ni le matériau disponible ni la complexité de l'objet étudié. Leur force narrative et leur densité subjective gagnent à être mises en tension avec d'autres formes de traces, plus matérielles, plus fragmentaires ou moins conscientes. Cette perspective justifie la mobilisation de sources non orales, hétérogènes dans leur nature, mais structurantes dans leur capacité à prolonger, compléter ou nuancer les paroles recueillies. Inversement, en croisant les informations données par les sources écrites et celles obtenues via les entretiens l'objectif était aussi d'éprouver empiriquement l'étendue et la consistance des archives disponibles. L'archiviste de l'hôpital a d'ailleurs confirmé leur rareté, mentionnant la discontinuité, le manque de classement et la perte probable de nombreux documents liés au personnel infirmier psychiatrique sur l'hôpital Sainte-Marie. Il s'est alors agi de vérifier ces carences, de mobiliser chaque trace conservée dans les fonds de l'établissement, tout en s'ouvrant à des sources moins institutionnelles.

Trois grandes catégories de documents ont été mobilisées. La première, la plus précieuse dans cette enquête, rassemble les archives personnelles confiées par les témoins eux-mêmes : bulletins de paie, écrits professionnels non publiés, correspondances syndicales, photographies d'époque, tracés de plannings, coupures de presse locale (principalement issues du journal local *La Montagne*). Ces documents permettent d'attester d'événements mentionnés dans les récits, de reconstituer des dynamiques collectives (groupes sportifs,

collectifs infirmiers, manifestations) et d'objectiver des formes d'engagement qui, sans eux, resteraient de l'ordre de la parole individuelle. Leur matérialité contribue à l'incarnation historique des récits. La générosité sans limite de certains témoins, qui ont partagé ces documents parfois intimes avec une confiance bouleversante, a conduit à prendre progressivement la décision de clore la collecte de données afin de ne pas diluer l'enquête et préserver l'intégrité de son corpus. Cette décision s'ancre dans une vigilance méthodologique autant que dans une forme d'engagement éthique vis-à-vis de ces acteur·rices du terrain qui, par leur confiance, ont créé une position de responsabilité scientifique et humaine.

Une seconde catégorie se compose des fonds internes de l'établissement Sainte-Marie, accessibles avec l'aimable autorisation de la direction de l'établissement (Annexe 10) à travers la bibliothèque historique de l'hôpital et les archives réunies par le « groupe histoire » local. Ces sources comprennent des mémoires d'infirmier·ères, des revues de service, des plans de masse du centre hospitalier, des revues institutionnelles ainsi que des données sociodémographiques sur le personnel infirmier. Cependant, ces archives internes se caractérisent par une hétérogénéité forte, une rareté manifeste et une altération partielle de leur organisation. Leur repérage a exigé un travail minutieux de fouille documentaire, souvent sans inventaire préalable ni classement raisonné. Certaines sources précieuses ont été retrouvées de manière contingente, glissées entre deux ouvrages ou conservées de façon informelle par des soignant·es ou des membres du groupe histoire. Cette fragmentation témoigne autant d'un déficit de patrimonialisation du soin infirmier que d'une culture encore marginalisée de l'archivage des pratiques de terrain. Ces matériaux, bien que lacunaires, permettent d'inscrire les récits dans une perspective collective et historique, en apportant des éléments sur l'organisation du travail et les dynamiques institutionnelles. Ils éclairent certaines dimensions professionnelles comme la circulation des savoirs ou les projets menés par les équipes. En tant que fragments concrets du passé soignant, ces archives complètent les

témoignages oraux et renforcent la cohérence de l'analyse historique. Elles contribuent à une compréhension plus fine de la manière dont les infirmier·ères psychiatriques ont pu investir leur rôle, parfois de façon inventive ou transgressive, au sein d'un système contraint.

Enfin, un accès exceptionnel a été autorisé à un corpus de dossiers médicaux d'archives départementales (consultation sur site, dérogation exceptionnelle validée conjointement par la direction de l'hôpital Sainte-Marie et celle des Archives départementales du Puy-de-Dôme) (Annexe 10). Ce corpus comprend 85 dossiers de patient·es, permettant de documenter, dans une perspective historique, le rôle infirmier dans le suivi, la transmission ou les soins au quotidien. Il n'a pas été question dans le cadre de cette recherche d'exploiter ces sources selon une logique clinique, mais plutôt d'y chercher des traces du geste infirmier, c'est-à-dire d'examiner toutes les annotations renvoyant à des pratiques ordinaires telles que je les ai définies dans le chapitre précédent. Les cotes archivistiques concernées relèvent principalement des séries 250W et 516W, couvrant les hospitalisations entre les années 1970 et 1990. Toutefois, en raison de l'accès tardif à ces archives, leur mobilisation n'a pu dépasser une valeur consultative dans cette phase de recherche. Ces dossiers ont donc été explorés comme appui réflexif pour éclairer certaines dimensions du travail infirmier et ouvrir des pistes pour de futures investigations plus systématiques, tout en soulignant les limites d'une analyse approfondie dans le cadre temporel imparti. Si les fonds institutionnels classiques apparaissent lacunaires, parfois détruits ou fragmentaires, l'exploration de sources non conventionnelles — récits de vie, archives personnelles, documents associatifs et matériaux issus du terrain — a en revanche constitué un corpus d'une grande richesse, permettant d'accéder à une mémoire infirmière souvent absente des dépôts officiels.

L'ensemble de ces documents ont été analysés selon une méthode croisée : chaque élément a été rapproché des récits concernés, parfois intégré à l'analyse narrative, parfois utilisé pour interroger ou déplacer certaines affirmations. Ce croisement des sources permet

d'éviter la fascination exclusive pour le témoignage tout en renforçant sa légitimité. Il s'inscrit dans une méthodologie à la fois historienne et compréhensive, soucieuse de donner corps à l'empowerment infirmier en replaçant la voix dans son environnement matériel, institutionnel et symbolique. Appliquée au champ infirmier, cette démarche rejoint les travaux de Namaste (2019), qui articule récits infirmiers haïtiens et documents communautaires (vidéos, journaux, bulletins), ou ceux de Thifault & Kirouac (2019), qui ont reconstitué les modalités concrètes de la désinstitutionnalisation au Québec à partir de documents professionnels, d'archives religieuses et de récits de terrain.

En définitive, la triangulation opérée entre sources orales, institutionnelles ou personnelles offre un levier méthodologique central de cette enquête. Elle garantit une meilleure robustesse des résultats, tout en respectant les discontinuités et les tensions propres à chaque matériau. Elle permet, surtout, d'honorer l'exigence méthodologique initiale de l'histoire par le bas : restituer les voix sans les isoler, faire entendre les récits sans les déréaliser. Cette démarche trouve par ailleurs un écho dans les travaux de Paul Thompson (2017), qui rappelle que le croisement de sources multiples, tout particulièrement dans le champ de l'histoire orale, demeure essentiel pour compenser les effets de reconstruction narrative et permettre une réinscription du témoignage dans son épaisseur contextuelle.

4.9 Respiration : une pause réflexive méthodologique

Avant d'ouvrir pleinement l'analyse des résultats, une étape intermédiaire s'impose. Car dans tout travail de recherche, le terrain ne transforme pas uniquement les hypothèses : il transforme aussi la personne qui l'arpente. Au fil de cette enquête, un trouble discret mais persistant a traversé l'ensemble du processus : celui d'un sentiment d'imposture, parfois diffus, parfois envahissant, venant fragiliser la légitimité du regard posé, y compris dans ses gestes d'analyse les plus assurés.

Initialement un frein, ce malaise a fini par prendre un sens. Il ne s'agit pas ici d'un concept à théoriser, mais d'une expérience vécue, dont la mise en mots permet d'éclairer autrement les tensions épistémiques et biographiques à l'œuvre. C'est cette dimension, souvent tenue à distance, que la section suivante se propose de rendre visible. Écrit dans une forme plus libre, plus poreuse, *Au-delà de l'imposture* revient sur les conditions intimes de la recherche, sur les déplacements qu'elle impose, les failles qu'elle creuse et les seuils qu'elle permet de franchir. Il ne s'agit pas ici d'un contrepoint méthodologique, mais d'un passage obligé pour comprendre ce que signifie, au cœur de cette thèse, prendre le risque d'écouter, d'écrire, et d'analyser à partir d'un lieu trouble. C'est cette expérience, traversée plutôt que surmontée, qui ouvre ensuite à une lecture plus incarnée des résultats.

Chapitre 4 – Article IV

Au-delà de l'imposture : Les voix infirmières et les nouvelles sources de l'histoire

Référence complète

Villeneuve, B. (à paraître). Au-delà de l'imposture : Les voix infirmières et les nouvelles sources de l'histoire. In S. Richelle & A. Klein (dir.), *Les archives et leurs effets sur l'histoire de la santé*. Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.

État de publication

Accepté pour publication. À paraître en 2026.

Rôle de l'auteur et contribution

Auteur principal et unique. Ce texte a été rédigé à l'invitation du comité scientifique à la suite du colloque de l'Acfas « Les nouvelles sources de l'histoire de la santé » tenu à Ottawa en 2024. Il a été conçu comme un retour d'expérience sur la manière dont les sources, leurs absences et leurs usages, transforment une posture de recherche. Le texte a été évalué et accepté par le comité éditorial pour une publication à venir.

Mots-clés

Histoire orale, récit de vie, archives oubliées, syndrome de l'imposteur, interdisciplinarité, méthodologie située.

Lien avec la thèse et justification de l'inclusion

Ce manuscrit prolonge et approfondit la réflexion méthodologique amorcée dans la première partie de ce chapitre. En assumant une écriture plus réflexive et plus incarnée, il montre comment les choix méthodologiques ne se construisent pas seulement dans les textes théoriques, mais aussi dans l'épreuve du terrain et dans le rapport intime que le chercheur entretient avec ses objets d'étude. Ce texte permet de mettre en lumière les dynamiques de déplacement, d'ajustement et d'invention qui ont traversé cette recherche. Présenté ici comme une seconde étape du cheminement méthodologique, il prépare la transition vers les dimensions plus techniques de l'organisation et de l'analyse du corpus d'entretiens.

Au-delà de l'imposture : Les voix infirmières et les nouvelles sources de l'histoire

Les institutions oublient, les mémoires s'effacent, et parfois, l'histoire détourne le regard. Depuis plusieurs années, en tant que doctorant en sciences infirmières, je consacre mes recherches à documenter l'histoire des infirmier·ères psychiatriques françaises. Je me concentre sur la période 1969-2000 où je cherche à identifier les déterminants d'un processus d'*empowerment* psychologique chez ces professionnel·les, au cœur de la mise en place de la politique de secteur¹ sur l'hôpital Sainte-Marie de Clermont-Ferrand en France. Ce pan de passé longtemps négligé enrichi notre compréhension de l'histoire de la santé en révélant des dynamiques et des récits souvent restés en marge.

Pourtant, dans une perspective interdisciplinaire, chaque incursion dans le champ de l'histoire académique ravive chez moi un sentiment de décalage, voire d'imposture. Les codes, méthodes et attentes de cette discipline me paraissent en grande partie étrangers. Les archives, témoins silencieux du passé, m'attirent autant qu'elles me déstabilisent. Qui suis-je pour leur donner une voix et un sens dans un domaine où je ne suis pas attendu ? Cette question m'habite alors que je me rends, au printemps 2024, au colloque sur les nouvelles sources de l'histoire de la santé à Ottawa.

Dans une salle sobre, face à un auditoire attentif, principalement composé de spécialistes aguerris, je prends place. Mes notes sont prêtes, mais le sentiment d'être un intrus persiste. Infirmier et formateur, rompu à ces exercices rhétoriques, je doute pourtant. Ce jour-là, ma voix vacille, mes idées peinent à s'aligner. Lorsque ma présentation s'achève, une vague de déception m'envahit, encore une fois.

Ce sentiment, conceptualisé comme « *The impostor phenomenon* » par les psychologues Pauline Clance et Suzanne Imes (1978), a marqué mon parcours académique. Enraciné dans des expériences personnelles, il reflète aussi des dynamiques structurelles, particulièrement dans des disciplines comme les sciences infirmières, encore en quête de légitimité (Gill, 2020 ; Lepage & Vonarx, 2023). Ce phénomène, caractérisé par une remise en question constante de ses compétences malgré des preuves objectives de réussite, reste amplifié par le

fonctionnement même du milieu universitaire, avec ses attentes élevées et son évaluation constante par les pairs.

Ce chapitre adopte une triple perspective pour analyser et dépasser ce phénomène et pour s'ouvrir à de nouvelles perspectives de recherche. Une exploration théorique permettra de comprendre les manifestations, les causes et les conséquences du phénomène de l'imposteur, en éclairant les spécificités du contexte académique. Ensuite, un retour sur mon expérience personnelle illustrera comment ce sentiment s'est manifesté dans ma trajectoire interdisciplinaire, entre sciences infirmières et histoire, et comment il a transformé mon rapport à la recherche. Enfin, une réflexion méthodologique explorera l'apport des sources orales et personnelles, souvent négligées, pour enrichir et renouveler l'écriture de l'histoire de la santé.

En tissant des liens entre théorie, expérience personnelle et méthodologie, ce chapitre ambitionne de montrer comment dépasser ses doutes ou son sentiment d'imposture peut ouvrir la voie à des récits invisibles et à des approches innovantes, enrichissant ainsi l'histoire infirmière et, au-delà, celle de la santé.

Un cadre théorique au phénomène de l'imposteur

Conceptualisé par Clance et Imes (1978), le phénomène de l'imposteur renvoie à une expérience psychologique où des personnes, malgré des preuves objectives de réussite, doutent de leurs compétences et craignent d'être exposé·es comme des fraudeur·ses. Ces deux psychologues mettent en évidence un schéma récurrent : les réussites sont perçues comme le fruit de facteurs externes comme la chance ou le surinvestissement, plutôt que comme le reflet de compétences réelles. Ce doute s'accompagne d'une angoisse persistante et d'une peur constante d'être « démasquée » (Clance & Imes, 1978 ; Clance, 1985).

Les manifestations de ce phénomène sont variées. Comportementalement, il se traduit par un perfectionnisme excessif ou une procrastination. Par exemple, des chercheur·euses peuvent focaliser sur des détails mineurs ou éviter de partager leurs travaux, craignant que leur

évaluation révèle une insuffisance présumée. Psychologiquement, il génère une autocritique exacerbée, une anxiété chronique et, parfois, des symptômes dépressifs (Parkman, 2016). Ces impacts peuvent aussi se traduire par des troubles somatiques comme l'insomnie ou une fatigue prolongée. Sur le plan professionnel, ce phénomène freine les trajectoires de carrière en dissuadant de saisir des opportunités ou de prendre des responsabilités. Socialement, il favorise l'isolement, les individus concernés craignant le jugement de leurs pairs (Hutchins & Rainbolt, 2017).

Les causes de ce phénomène sont à la fois individuelles et structurelles. Une faible estime de soi ou une peur de l'échec, joue un rôle central, amplifié par des environnements institutionnels compétitifs. Dans le milieu académique, où la pression de publication et la compétition entre pairs sont omniprésentes, ces facteurs sont exacerbés (Fanget, 2017). Pour les infirmier·ères chercheur·euses, les attentes académiques se heurtent parfois à des défis spécifiques liés à l'histoire et à la structuration de leur discipline. Si les sciences infirmières ont progressé dans leur reconnaissance académique, notamment à l'international, des tensions subsistent, particulièrement en France, où le champ reste encore influencé par des modèles médicaux dominants (Lepage & Vonarx, 2023). Cette structuration peut, dans certains contextes, accroître la vulnérabilité des chercheur·euses en raison de la pression pour s'aligner sur des paradigmes externes (Gill, 2020). Malgré ces défis, des stratégies existent pour atténuer l'impact du phénomène de l'imposteur. La reconnaissance explicite des réussites est essentielle. Clance (1985) préconise des exercices de restructuration cognitive qui visent à identifier et à déconstruire les schémas de pensées autocritiques, permettant ainsi de valoriser les succès comme des preuves tangibles de compétence. L'autocompassion joue aussi un rôle crucial : apprendre à considérer ses erreurs comme des étapes nécessaires au développement professionnel aide à réduire la pression liée à la perfection. Par ailleurs, les réseaux de soutien entre pairs offrent un espace où partager des expériences communes et briser l'isolement

(Parkman, 2016). En sciences infirmières, Gill (2020) souligne comment les communautés de pratique permettent aux chercheur·euses de renforcer leur sentiment de légitimité et d'échanger des stratégies pour naviguer dans les attentes académiques.

Ce cadre théorique gagne en profondeur lorsqu'il est enrichi par une perspective personnelle. En articulant théorie et expérience, notamment dans un contexte interdisciplinaire où les sciences infirmières dialoguent avec l'histoire, il devient possible de mieux appréhender la genèse du sentiment d'imposture et d'explorer comment le surmonter peut contribuer à enrichir la recherche.

L'imposteur en blouse blanche

L'analyse des auteurs et autrices cités précédemment sur le phénomène de l'imposteur résonne profondément avec mon expérience, révélant un miroir saisissant de mes propres vulnérabilités. Dans cette deuxième partie, j'ai choisi de partager certains éléments personnels, parfois intimes, dans l'espoir qu'ils puissent offrir à d'autres chercheur·euses des pistes pour dépasser les entraves liées à l'imposture et, peut-être, s'autoriser pleinement dans leurs démarches de recherche.

Les racines de mon sentiment d'illégitimité plongent loin, solidement ancrées dans mon histoire personnelle. Je viens d'un milieu rural, avec des parents instituteurs dont les attentes scolaires n'ont jamais été satisfaites à leurs yeux. Je n'ai pas fait médecine, je suis « simplement » devenu infirmier, un compromis pour eux, une déception jamais exprimée mais longtemps palpable. Plus tard, l'établissement psychiatrique où j'ai effectué ma carrière fonctionnait sur un modèle coercitif, dépassé, sans aucune culture scientifique. La recherche y était perçue comme une curiosité inutile, encore plus si elle émanait d'infirmier·ères. Cette vision, encore largement partagée en France, reflète un contexte académique où les sciences infirmières peinent à s'affirmer. L'absence de parcours de troisième cycle, par exemple, témoigne d'une reconnaissance encore balbutiante et d'une dépendance persistante aux universités de

médecine. Malgré cela, j'ai repris sur le tard des études universitaires en sciences de l'éducation, avec une curiosité grandissante pour la recherche. Mais il m'a fallu un exil pour aller plus loin. Seul le Canada a accepté mon vieux diplôme d'État infirmier, m'ouvrant les portes d'un doctorat en sciences infirmières et d'une perspective académique que je pensais hors de ma portée.

C'est à Ottawa que j'ai éprouvé avec intensité les premières manifestations de mon syndrome d'imposteur. En groupe avec de jeunes étudiant·es parfaitement bilingues et déjà familiarisées de la rhétorique scientifique, je me suis senti comme un intrus, bien au-delà de mon statut d'étranger. La différence culturelle et académique était abyssale. Chaque examen me semblait une épreuve ultime où j'attendais d'être démasqué. J'ai alors travaillé sans relâche, lisant et écrivant jusqu'à l'épuisement, m'accrochant à chaque succès comme à un sursis. Celles et ceux qui ont traversé ce phénomène connaissent la toxicité de cette anxiété omniprésente. Les séquences d'angoisse s'intensifient à chaque étape charnière, chaque examen, chaque présentation publique. Même l'honneur de recevoir un prix académique prestigieux n'a pas suffi à apaiser ce sentiment d'imposture, enraciné et corrosif.

Cette anxiété, loin de s'atténuer, s'est intensifiée lorsque j'ai été amené à élargir le champ de ma recherche au-delà des frontières de ma discipline d'origine, en terre d'histoire. Face à l'absence totale de modèles ou de théories en sciences infirmières capables de soutenir mon questionnement, l'interdisciplinarité s'est imposée comme une nécessité, mais elle a aussi amplifié mon sentiment d'imposture. S'aventurer dans une discipline étrangère, c'est redevenir profane, se dévoiler dans sa fragilité face à des codes inconnus, sous un regard bienveillant mais qui, paradoxalement, renforce ce sentiment de n'être jamais tout à fait légitime. Je revois mes premières rencontres avec des historien·nes : emprunté, hésitant, presque obséquieux. Les congrès furent une épreuve où la paralysie intérieure rendait toute éloquence impossible.

Pourtant, c'est au sein de cette communauté que j'ai reçu le plus d'encouragements, notamment dans l'Unité de recherche sur l'histoire du nursing (URHN), un curieux paradoxe, encore.

Cette ambiguïté nourrissait mon oscillation constante entre doutes et fausses certitudes. Convaincu que la crédibilité de ma recherche reposait sur des archives solides, je me suis engagé dans une quête rigoureuse, sérieuse et méthodique. Les récits de vie des infirmier·ères de secteur psychiatrique (ISP) étaient envisagés dans mon protocole comme des compléments qualitatifs à l'étude, mais dans mon for intérieur, seules les archives institutionnelles pouvaient véritablement asseoir la validité de mon travail. Après des mois de démarches administratives, j'ai enfin pu accéder aux archives de l'établissement Sainte-Marie de Clermont-Ferrand, site de ma recherche. Ce moment, que j'attendais comme un point culminant, fut un véritable effroi. Deux cartons imbibés d'eau, voilà tout ce qui restait des archives infirmières. Rien ou presque. J'ai senti mes jambes vaciller, comme si le sol se dérobaît sous mes pieds. L'archiviste me confirma la destruction effective des cahiers de liaison infirmiers et de l'ensemble des documents attenants à la profession. Tout reposait alors sur les dossiers médicaux qui contenaient peut-être les observations infirmières dont l'accès reste soumis en France aux dérogations signées des archives départementales et de l'établissement. Quand ce dernier refusa officiellement l'ouverture des dossiers médicaux, les portes des archives sur lesquelles j'envisageais de faire reposer la recherche furent définitivement scellées.

C'est dans cette tourmente que j'aborde, en mai 2024, le colloque consacré aux nouvelles sources de l'histoire de la santé à Ottawa, organisé par l'Unité de recherche sur l'histoire du nursing (URHN) et le réseau historien·nes de la santé. Lors de ma communication et des échanges informels, je vais connaître l'acmé des manifestations de mon syndrome. Mais contre toute attente, une succession d'événements vient inverser cette dynamique négative au point de, quelques mois plus tard, véritablement transcender ma recherche.

S'autoriser pour accéder aux sources oubliées, méprisées ou négligées

Lorsque je monte dans mon avion pour rejoindre la France, assis à ma place, songeur, je repense à ces moments du congrès ottavien. Je repense, comme d'habitude, à toutes les occasions manquées à cause de cette introversion chronique, mais je me remémore aussi certaines interventions. Deux collègues, professeures en sciences infirmières au Canada et elles aussi infirmières chercheuses naviguant dans l'histoire, interpellent mes pensées. Nathalie Stake-Doucet m'a frappé par son aisance et son éloquence. Nous avons en commun de travailler sur l'*empowerment* infirmier, mais elle, l'incarne à merveille. Sandra Harrisson, de son côté, m'a captivé par son discours et son invitation à nous autoriser. Son propos se montre formidablement pertinent avec le thème du congrès sur les nouvelles sources de l'histoire de la santé. Les nouvelles sources... Lors de ces journées, les jeunes doctorant·es en histoire intervenant au colloque ont démontré, à travers leurs communications, toute leur audace et leur créativité dans l'exploration de nouvelles approches. Iels semblent même s'amuser dans ce travail de renouveau méthodologique et historiographique, une émotion qui tranche avec mon anxiété constante à rester au creux du sillon. Alors pourquoi elleux et pas moi ?

Avant d'éteindre mon portable pour le vol, je regarde machinalement mes mails. Deux sont adressés par des historien·nes ayant participé au congrès. L'une me remercie pour mes conseils en vue d'une communication, et l'autre me propose de travailler sur une publication commune. Rapidement, d'autres sollicitations suivent, comme par exemple, la contribution à cet ouvrage collectif. Je suis capable de mettre beaucoup sur le compte de la chance, mais il existe heureusement des limites à mes biais cognitifs. Mon objet de recherche serait donc digne d'intérêt ? Pour mes directrices de thèse, la réponse est un grand oui. Je dois à ces deux historiennes de renom une partie de la bascule vers mon « rétablissement ». Leur accompagnement franc mais bienveillant m'a permis de renouer avec la confiance et de cheminer vers de nouvelles perspectives de recherche. C'est important de le signaler, car

s'extraire de ses pensées négatives ne peut se faire que grâce au soutien des autres, ceux en qui nous plaçons notre confiance. Une pensée personnelle qui fait écho aux réflexions de Mann (2020) et Gill (2020).

De retour sur le terrain d'enquête, les entretiens réalisés avec les infirmier·ères de secteur psychiatrique (ISP) se sont révélés bien plus qu'un simple complément à mon étude. Ils sont devenus le pilier de ma recherche. Ces témoignages ont apporté une épaisseur émotionnelle et narrative, rendant tangibles des expériences qui restent souvent absentes des récits institutionnels. La voix des témoins, avec ses silences, ses hésitations et ses éclats d'émotion, m'a permis d'entrevoir la complexité de leur vécu et de saisir des nuances que les archives écrites ne sauraient restituer. En tant qu'infirmier chercheur, ma posture m'a offert un accès privilégié à ces récits, me permettant de poser des questions avec une sensibilité et une compréhension ancrée dans une expérience partagée. Toutefois, cette proximité ne s'est pas faite sans remise en question : jusqu'où mon regard peut-il être influencé par cette communauté professionnelle à laquelle ? Ces interrogations ont nourri une réflexion méthodologique essentielle, notamment en m'appuyant sur l'approche du récit de vie développée par Daniel Bertaux (2016), qui m'a permis de structurer ces témoignages tout en laissant émerger leur singularité. Au-delà de leur profondeur émotionnelle, ces entretiens m'ont permis d'identifier les contours d'un processus d'*empowerment* chez ces professionnel·les. À travers leurs récits, émerge une capacité à transcender les contraintes institutionnelles et à construire des trajectoires personnelles de résilience et d'affirmation. Cette dimension, aujourd'hui invisible dans les archives classiques, souligne l'importance des voix individuelles pour saisir les dynamiques internes d'un groupe professionnel (Bertaux, 2016).

Les récits de vie collectés auprès des ISP ne se sont pas seulement révélés comme des sources historiques. Ils ont aussi résonné profondément en moi, révélant des parallèles inattendus entre leurs trajectoires de professionnalisation et mon propre cheminement de

chercheur. Ce processus a eu un effet transformateur : en mettant en lumière leur *empowerment* dans un contexte parfois hostile, ces infirmier·es m'ont involontairement inspiré à transcender mes propres doutes. Paradoxalement, c'est en explorant leur passé que j'ai commencé à déconstruire mon sentiment d'imposture. Ces entretiens, bien plus qu'une simple collecte de données, ont joué un rôle central dans l'affirmation de ma posture de chercheur, me permettant d'explorer avec assurance les perspectives offertes par l'interdisciplinarité et les opportunités qu'elle ouvre.

À ces entretiens se sont ajoutées des sources personnelles parfois négligées par les approches historiographiques classiques : photographies, bulletins d'associations, tracts syndicaux, fiches de paie, et diplômes (Dosse, 1997). Ces objets, modestes en apparence, viennent étayer les témoignages et offrir une autre lecture des parcours infirmiers, en donnant une matérialité aux récits et en dévoilant des pans méconnus de l'histoire des ISP. Ensemble, ces sources hybrides dessinent un tableau riche et nuancé, contribuant à renouveler notre compréhension de l'histoire. L'exemple de la création de l'association nationale française des infirmiers psychiatriques (ANFIP) est ce propos édifiant. De témoignages en témoignages, j'ai pu reconstituer la genèse de cette dynamique associative qui a finalement joué un rôle de premier plan au niveau ministériel lors de la fin du diplôme ISP en 1992 et donc de la spécialisation infirmière psychiatrique². Un fait historique qui anime pleinement les débats contemporains dans la discipline infirmière aujourd'hui en France. En sus, les revues de cette association, les procès-verbaux d'assemblée et photos conservés par les différents témoins, donnent à voir l'extraordinaire mobilisation de ces soignant·es pour défendre leur discipline.

Ce dispositif méthodologique reste cependant critiqué pour son caractère hétérogène. François Dosse (2001), s'appuyant sur les travaux du philosophe Paul Ricoeur, met en garde contre les risques de dispersion et souligne l'importance de maintenir une cohérence narrative comme pilier de toute entreprise historique. Ces avertissements accompagnent et guident eux

aussi ma démarche de recherche. Mais dans la veine d'Arlette Farge (1989) ou plus récemment d'historiennes comme Marie-Claude Thifault (2012) ou Aude Fauvel (2013), je défends aujourd'hui avec conviction la valeur d'une approche ouverte, qui intègre des éléments marginaux pour offrir une contribution audacieuse et essentielle à la discipline historique.

Dépasser le syndrome de l'imposteur, ce n'est en effet pas seulement un travail sur soi : c'est une opportunité de repenser les méthodologies et d'élargir les horizons épistémologiques. En articulant théorie, expérience et nouvelles sources, ce travail redéfinit les frontières de la légitimité scientifique pour proposer une histoire plus riche, plus humaine et inclusive.

Notes de fin de chapitre

1 La politique de secteur en psychiatrie en France a été instaurée par la circulaire du 15 mars 1960, Programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Cette réforme prévoit le découpage du territoire en secteurs psychiatriques, chacun couvrant environ 60 000 habitant-es, avec pour objectif d'assurer la continuité des soins par une équipe pluridisciplinaire de proximité. Elle marque une volonté de désinstitutionnalisation progressive et d'ancrage territorial de la prise en charge, tout en restant aujourd'hui le socle du dispositif public, malgré les réformes ultérieures et les tensions liées à la gestion hospitalière.

2 Villeneuve, Benjamin. (2025). "Infirmières et infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) en France – (1969-1992). Regards croisés sur la naissance d'un groupe professionnel" Dans A. Klein & M.-C. Thifault (dir.), *Prendre soin de la folie : les infirmières et infirmiers psychiatriques dans le monde francophone* (pp. xx-yy). Québec, Presses de l'Université Laval. Cette contribution revient sur la complexe réunification des diplômés ISP et DE.

Bibliographie

BERTAUX, Daniel (2016). *Le récit de vie* (4e éd.), Paris, Armand Colin.

CLANCE, Pauline Rose (1985). *The Impostor Phenomenon: Overcoming the Fear that Haunts Your Success*, Atlanta, Peachtree Publishers.

CLANCE, Pauline Rose et Suzanne A. IMES (1978). « The impostor phenomenon in high achieving women: Dynamics and therapeutic intervention », *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, vol. 15, no 3, p. 241-247.

DOSSE, François (1997). *L'histoire en miettes : des « Annales » à la « nouvelle histoire »*, Paris, La Découverte.

DOSSE, François (2001). « Le moment Ricœur », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, no 69, p. 137-152. .

FANGET, Frédéric (2017). « Cessez de vous déprécier ! de Kevin Chassangre et Stacey Callahan », *Cerveau & Psycho*, no 85, p. 92.

FARGE, Arlette (1989). *Le goût de l'archive*, Paris, Seuil.

FAUVEL, Aude (2013). « Cerveaux fous et sexes faibles (Grande-Bretagne, 1860-1900) », *Clio. Femmes, genre, histoire*, no 37, p. 41-64.

GILL, Paul (2020). « Imposter syndrome – why is it so common among nurse researchers and is it really a problem? », *Nurse Researcher*, vol. 28, no 3. .

HUTCHINS, Holly M. et Hilary RAINBOLT (2017). « What triggers imposter phenomenon among academic faculty? A critical incident study exploring antecedents, coping, and development opportunities », *Human Resource Development Quarterly*, vol. 28, no 2, p. 1-24.

LEPAGE, Heidi et Nicolas VONARX (2023). « Une domination biomédicale dans le monde des soins infirmiers : contribution pour une émancipation infirmière », *Recherche en soins infirmiers*, no 152, p. 7-16. .

MANN, Sandi (2020). *Le syndrome de l'imposteur : Comment vous libérer du syndrome de l'imposteur et vous affirmer*, Paris, Éditions Leduc.

PARKMAN, Anna (2016). « The imposter phenomenon in higher education: Incidence and impact », *Journal of Higher Education Theory and Practice*, vol. 16, no 1, p. 51-60.

THIFAUULT, Marie-Claude (dir.) (2012). *L'incontournable caste des femmes : histoire des services de santé au Québec et au Canada*, Ottawa, University of Ottawa Press.

Un fois intégrée cette brèche réflexive, l'enquête a pu se redéployer avec une clarté renouvelée. Non pas en gommant les tensions initiales, mais en les réintégrant dans une posture de recherche assumée, traversée mais orientée. Le détour par l'écriture sensible a permis d'élargir le geste méthodologique, en replaçant le chercheur dans le champ d'observation, non comme objet, mais comme présence agissante. Ce déplacement constitue à mon sens l'un des appuis les plus féconds de l'approche que j'ai fini par mobiliser, car il

autorise une lecture située du terrain, fondée sur une interdisciplinarité pleinement assumée, où les outils de l’histoire dialoguent avec les enjeux épistémologiques des sciences infirmières.

Après avoir, dans ce chapitre, posé les jalons de mon protocole, tout en exposant la dynamique, les ajustements, et les seuils critiques, je peux désormais ouvrir l’analyse des résultats. L’ambition du chapitre suivant est double : documenter les réalités concrètes du travail soignant des ISP sur la période étudiée, et identifier, à partir de ces récits, les déterminants d’un processus d’empowerment psychologique. Il ne s’agira pas d’une simple restitution descriptive, ni d’un inventaire thématique. L’analyse à venir cherchera à faire émerger, dans l’épaisseur des trajectoires, les conditions d’un pouvoir d’agir en devenir, ses lignes de tension, ses appuis discrets, ses contradictions aussi. Une première traversée, en somme, des voix, des pratiques et des formes d’agentivité que l’histoire a trop souvent tenues en marge.

Références

- Bacopoulos-Viau, A., & Fauvel, A. (2016). The patient’s turn: Roy Porter and psychiatry’s tales, thirty years on. *Medical History*, 60(1), 1-18.
<https://doi.org/10.1017/mdh.2015.70>
- Bertaux, D. (2016). *Le récit de vie* (4e éd.). Armand Colin.
- Blanchet, A. (2010). *L’enquête et ses méthodes : L’entretien* (3e éd.). Armand Colin.
- Burgess, R. G. (2006). *In the field : An introduction to field research*. Routledge.
- Denzin, N. K. (2017). *The research act : A theoretical introduction to sociological methods*. Routledge.
- Descamps, F. (2005). *L’historien, l’archiviste et le magnétophone: de la constitution de la source orale à son exploitation*. Comité pour l’Histoire économique et financière.

- Dosse, F. (2007). *Le Pari biographique : écrire une vie*. La Découverte.
- Dupeux, D. & Letourneau, D. (1991). *Le secteur psychiatrique*. Lamarre.
- Fenneteau, H. (2002). *Enquête : entretien et questionnaire*. Dunod.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*. Transaction Publishers.
- Godin, C. (1984). Compte rendu de [Gaston PINEAU / Marie-Michèle : Produire sa vie : Autoformation et Autobiographie, Éditions Saint-Martin / Éditions Edilig, Montréal / Paris, 1983, 419p., index des auteurs et des concepts.] *Anthropologie et Sociétés*, 8(2), 228-229. <https://doi.org/10.7202/006210ar>
- Guillemain, H. (2010). *Chronique de la psychiatrie ordinaire : patients, soignants et institutions en Sarthe du XIX^e au XXI^e siècle*. La ReINETTE.
- Kaufmann, J.-C. (1996). *L'entretien compréhensif*. Nathan.
- Krol, P., & Holmes, D. (2024). *Philosophies et sciences infirmières : Contributions essentielles à la discipline*. Hermann.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Namaste, V. (2019). *Savoirs créoles : Leçons du sida pour l'histoire de Montréal*. Mémoire d'encrier.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd.). Armand Colin.

- Piron, F. (2017). Pour une science ouverte, juste et inclusive. *Revue canadienne de la recherche sur les adultes et la formation continue*, 29(2), 17-32.
- Piron, F., & Arsenault, D. (2021). Épistémologies du lien et recherche intersubjective. *Éducation et francophonie*, 49(2), 1-15.
- Portelli, A. (2006). What makes oral history different. In R. Perks & A. Thomson (Eds.). *The oral history reader* (2e éd., pp. 32-42). Routledge.
- Porter, R. (1985). The patient's view. *Theory and society*, 14(2), 175-198.
- Sugiman, P. (2004). Memories of internment: Narrating Japanese Canadian women's life stories. *Canadian Journal of Sociology*, 29, 359-388.
- Thifault, M. C., & Kirouac, L. (2019). Les infirmières psychiatriques témoins d'un mouvement d'humanisation au cours des premières et deuxièmes vagues de la désinstitutionalisation au Québec (1960-1990). *Recherche en soins infirmiers*, (4), 99-108.
- Thompson, E. P. (1966). *The making of the English working class*. Vintage Books.
- Thompson, P. (2017). *The voice of the past: Oral history*. Oxford university press.
- Villers, de, G. (1996). Le guide d'entretien : un simple aide-mémoire ou un support structurant ? In J. Demoulin (Dir.), *Méthodologie de la recherche qualitative* (pp. 51-67). De Boeck.
- Vincent-Ponroy, J., & Chevalier, M. (2018). La neutralité bienveillante : entre rigueur scientifique et posture clinique. *Recherches qualitatives*, 37(1), 85-101.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment : Issues and illustrations. *American journal of community psychology*, 23(5), 581-599.

Chapitre 5 – Tracer les lignes d’un pouvoir oublié : pratiques et récits du quotidien infirmier à Clermont-Ferrand (1969–2000)

5.1 Introduction. Raconter le soin psychiatrique depuis les trajectoires infirmières

Dans cette première partie de l’analyse, mon travail s’inscrit dans la continuité des apports historiographiques développés au chapitre 2 ainsi que dans les articles concernés¹⁰. Ces travaux ont permis de retracer les principales étapes de la formation des infirmiers et infirmières psychiatriques en France, depuis la réforme de 1973 jusqu’à la disparition du diplôme spécifique en 1992, en passant par la réorganisation nationale de 1979. Ils ont également permis de mettre en évidence une forme de silence persistant dans la littérature académique, où l’histoire de la psychiatrie comme celle des soins infirmiers demeure souvent en arrière-plan. Cette double invisibilisation, à la fois disciplinaire et professionnelle, justifie la nécessité d’un regard situé sur les trajectoires infirmières et les pratiques du soin. Mon ambition ici n’est pas de reprendre cette histoire de manière exhaustive. Ce chapitre ne vise ni la synthèse chronologique, ni la reconstitution institutionnelle. Il propose plutôt un déplacement de regard, depuis les récits institutionnels vers les récits individuels, depuis les textes vers les témoignages, et depuis l’architecture des réformes vers les tensions concrètes qu’elles semblent avoir fait naître sur le terrain. L’ancrage choisi – le centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand – permet de suivre, dans un contexte localisé, comment les réformes ont été perçues, rapportées et retravaillées par les infirmiers et infirmières dans leur quotidien professionnel.

En tissant ensemble récits de vie, fragments d’archives personnelles et matériaux issus d’entretiens, cette partie fait émerger ce qui a le plus souvent échappé aux récits dominants : à savoir les effets différenciés des réformes selon les lieux, l’ambivalence des savoirs

¹⁰ Voir les articles positionnés en chapitre 1 Combret, M., Friard, D., Lanquetin, J.-P., & Villeneuve, B. (2022). *Les infirmiers psychiatriques au cœur du soin : Analyses socio-historiques et entretiens avec des professionnels*. Seli Arslan et en chapitre 2, Klein, A., & Thifault, M.-C. (Dirs.). (2025). *Prendre soin de la folie : Les infirmières et infirmiers psychiatriques dans le monde francophone*. Presses de l’Université Laval.

transmis, le poids parfois écrasant des hiérarchies rapportées par les témoins, ou encore les manières dont certain·es élèves racontent s'être progressivement positionné·es. Sans théoriser encore pleinement ce processus — ce qui sera l'objet du chapitre suivant consacré à l'analyse de l'empowerment psychologique — ce chapitre en expose les conditions de possibilité. Il s'intéresse aux failles du cadre, aux écarts de conduite, aux gestes informels qui, bien que rarement nommés, paraissent déjà esquisser une subjectivation professionnelle en tension avec le rôle prescrit. Je ne décris donc pas un processus de transformation professionnelle déjà formulé, revendiqué ou théorisé. Je mets plutôt en évidence ses conditions d'émergence, en portant attention aux gestes mineurs, aux ajustements silencieux, aux contradictions vécues dans le quotidien de la formation et du soin. Ce chapitre explore ainsi les lignes de tension préparatoires de l'*empowerment*¹¹ psychologique infirmier — là où les corps se heurtent à l'institution, où les parcours bifurquent, et où le métier commence à se sentir, à se dire, à s'incarner autrement que dans les prescriptions officielles. C'est à partir de ces matériaux empirique, constitués de récits parfois dissonants, que mon analyse s'est construite, en tenant compte à la fois de ce qui est dit, transmis, mais aussi de ce qui résiste à l'explication.

5.2 Entrer à Sainte-Marie (1969–1992)

De Clermont-Ferrand au Puy-en-Velay, l'étude des trajectoires d'entrée en formation infirmière psychiatrique entre 1969 et 1992 révèle un paradoxe fascinant. Les élèves qui rejoignent l'école ISP ne le font que rarement par vocation. Leur orientation découle bien plus souvent d'une combinaison de facteurs économiques, sociaux ou géographiques, où le soin psychiatrique reste absent de toute projection initiale. Pourtant, dans la plupart des récits, ce premier pas non intentionnel se transforme en attachement durable. On n'entre pas toujours

¹¹ Le terme *empowerment* est conservé en anglais dans l'ensemble du manuscrit, conformément à la définition théorique présentée dans le chapitre 3. Il est mis en italique uniquement lors de sa première apparition dans chaque chapitre, selon les conventions de l'APA 7.

dans les soins infirmiers psychiatriques par envie, mais en revanche on y reste ensuite par conviction.

Les origines sociales modestes constituent une caractéristique récurrente dans les parcours étudiés, où l'entrée en formation d'ISP s'inscrit dans une logique économique plus que vocationnelle. La nécessité matérielle transparait clairement lorsque Marie-Thérèse Hameau, parlant de ses parents, affirme s'être « toujours dit qu'elle ne leur imposerait pas de payer ses études » (Annexe 1, HMT, 20–22)¹². Cette dimension se retrouve également dans le discours de Francine Longerinas, issue d'une famille paysanne corrézienne¹³, pour qui la rémunération a joué un rôle décisif « J'aurais aimé devenir puéricultrice, auxiliaire de puériculture ou sage-femme. Mais ces études-là n'étaient pas rémunérées, et financièrement, ce n'était pas envisageable. L'argent a clairement orienté mon parcours. » (LF, 57–65). L'analyse des motivations initiales révèle une méconnaissance généralisée du champ psychiatrique, compensée par l'attrait d'un revenu immédiat. Cette distance culturelle avec l'univers du soin mental se manifeste notamment dans le milieu familial de Jean-Pierre Erragne, où « toute interrogation pouvait être perçue comme un début de pathologie » (EJP, 28–29).

La contingence des parcours constitue un autre trait saillant de ces trajectoires professionnelles. L'orientation vers la psychiatrie résulte fréquemment de circonstances fortuites plutôt que d'un projet structuré. Ainsi Jocelyne Lamy passe le concours en accompagnant une amie (LJ, 4–5), Gilles Ranoux découvre l'école au hasard d'une conversation « Par hasard, j'ai croisé une amie que je n'avais pas vue depuis 2 ou 3 ans. On a discuté, et elle m'a dit : "Moi, je finis l'école d'infirmier psy à Sainte-Marie." Je ne

¹² Le code accompagnant chaque extrait (initiales du témoin, genre, lignes) renvoie au corpus analytique complet reproduit en Annexe 1, qui regroupe l'ensemble des verbatim mobilisés dans le cadre de cette recherche. Pour des raisons de lisibilité et de fluidité rédactionnelle, la mention explicite de l'annexe ne sera pas répétée à chaque citation.

¹³ La Corrèze est un département rural, limitrophe à la ville de Clermont-Ferrand

connaissais pas du tout cette formation. » (RG, 25–29), et Alain Frobert détermine son avenir professionnel en fonction des calendriers d'examen (FA, 38–42). L'aspect pragmatique de la formation, notamment sa rémunération (Figure 2), apparaît comme un facteur structurant des choix individuels (Annexe 2, Archive, AP-1)¹⁴.

BULLETIN DE PAYE

**CENTRE MÉDICO-PSYCHOTHÉRAPIQUE
SAINTE-MARIE DE L'ASSOMPTION**
10, avenue FRANKLIN ROOSEVELT CLERMONT-FERRAND
U. R. S. S. A. F. - 63 - U. N° M° 04160 914 63 113 0 001

NOM - PRÉNOM		ÉPOUSE			N° S.S.				
MOUZAT FRANCINE					2 52 01 19 082 001				
MATRICULE		ÉCH*	ÉC*	IND.	PÉRIODE - DATE	EMPLOI			
2453				171	OCTO. 71 . 05/11/71	E. INF.			
MONTANT	RETENUE	ÉLÉMENTS DE PAYE							
614,27		Horaire hebdomadaire : 40 h							
85,99		Emolument brut							
15,18		Indemnité de résidence							
		Supplément familial							
		Heures supplémentaires à 125 % *							
		» » 150 % *							
		» » 200 % *							
11,25		Primes pour travaux pénibles, dangereux, insalubres							
		» d'outillage							
		Indemnité horaire pour travail de nuit							
		Prime de service							
		Rappel de salaire							
		Heures de délégation							
ÉMARGEMENT									
BRUT	BASE S.S.	RETENUES MALADIE S. Brut	RETENUES MALADIE S. Base	RETENUE VIEILLESSE	TOTAL	DOMAGE	REG. COMPL.	CADRE	TOTAL RETENUES
726,69	726,69	7,27	18,17	21,80	47,24	,58	29,36	,00	77,18
NET IMPOSABLE	TRANSPORT	ACOMPTÉ	LOGEMENT	NOURRITURE	EMBOUSSEMENT	DIVERS	AFFORTS Actifs Passifs		NET A PAYER
649,51	,00						,00 ,00		649,51

Exemplaire Destiné à la C. P. S.

ABS 10 JOURS. S.
2,00
100. A . 75

Figure 2. Bulletin de paie d'une élève infirmière en psychiatrie, 1972. Archive personnelle de Madame Francine Longéras (Archive, AP-1).

Dominique Vigier y voit un élément déterminant (VD, 20), tandis qu'une dimension émancipatrice se dessine clairement chez Corinne Brejnoi qui valorise un « vrai salaire », l'indépendance résidentielle, et l'autonomie sociale qui en découlent « Pour moi, c'était l'opportunité d'avoir une autonomie financière, un vrai salaire, de quitter mes parents et de

¹⁴ Ces codes (AA1, AS2, etc...) renvoient à des sources primaires — personnelles, associatives, institutionnelles ou médicales — répertoriées dans le tableau de codage des sources primaires en Annexe 2. Pour préserver la fluidité de lecture, la mention explicite de cette annexe ne sera pas répétée à chaque occurrence dans le texte.

me débrouiller seule. » (BC, 54). Cette entrée dans le métier par des voies détournées s'accompagne d'une absence quasi totale de représentations professionnelles préalables. L'admission de Joëlle Buisson arrivée « complètement novice » (BJ, 95–97) et celle de Jean-Luc Ambert reconnaissant ne rien connaître à la psychiatrie (AJL, 21) illustrent cette tendance générale. L'imaginaire associé à l'hôpital Sainte-Marie reste largement imprégné de craintes et de stéréotypes, entre cris perçus depuis l'extérieur, inquiétudes familiales, stigmatisation de la folie, et figures anachroniques de religieuses en cornette « À Clermont-Ferrand, il y avait aussi un imaginaire puissant autour de l'hôpital Sainte-Marie. Tout le monde racontait que si l'on passait près de l'asile Sainte-Marie, on entendait des cris, qu'il y avait des souterrains remplis de monstres. Et puis, il y avait aussi les bonnes sœurs, un élément marquant du paysage hospitalier. » (FA, 113–116). L'étude du corpus fait néanmoins apparaître quelques trajectoires atypiques. Le capital culturel d'Alain Frobort, issu d'un milieu intellectuel et militant, lui a permis d'accéder à une conception alternative de la folie à travers les œuvres de Freud ou Breton (FA, 110–112). Ce parcours singulier souligne, par contraste, la prédominance des déterminismes sociaux et économiques dans les orientations professionnelles observées.

À rebours de l'adage professionnel souvent répété selon lequel « on n'arrive pas en psychiatrie par hasard », les récits recueillis au cours de cette enquête racontent tout autre chose. Ils montrent que l'entrée dans ce champ du soin se fait fréquemment sans préméditation, sans projection construite, parfois même sans réel désir. On y entre par contingence, par compensation, par opportunité ; rarement par vocation. Mais l'enjeu n'est pas là. Ce qui importe, ce n'est pas le projet initial, mais ce que la rencontre avec le soin psychiatrique produit en retour. Le hasard n'est jamais seul – il laisse place, au fil des expériences, à une forme d'engagement, de présence, d'attention transformée.

Cette tension entre orientation pragmatique et attachement progressif, entre extériorité initiale et implication construite, dessine déjà un terrain fertile pour interroger ce qui, dans certaines trajectoires, permet de se sentir légitime, d'agir avec autonomie, de construire une posture professionnelle. Ce déplacement progressif vers l'engagement interroge le rôle joué par la formation dans l'émergence d'un rapport au soin plus incarné. La section suivante s'attache précisément à cette période de transition, où le métier commence à s'éprouver.

5.3 L'école dans l'hôpital : entre immersion, formatage et résistances (1969–1992)

Dans l'histoire de la formation infirmière psychiatrique, les réformes de 1973 et 1979 sont souvent présentées sous un jour particulièrement favorable. On les dépeint fréquemment dans la littérature grise infirmière comme les signes d'un tournant progressiste, comme les premières manifestations d'une volonté réelle de professionnalisation, voire comme les marqueurs d'un âge d'or de l'Infirmier de Secteur Psychiatrique (ISP), aujourd'hui disparu (Combret et al., 2021). Ces textes officiels allongent effectivement la durée de la formation, élargissent les contenus, renforcent l'alternance entre théorie et pratique, et inscrivent les écoles dans un paysage pédagogique qui tend vers l'unification (Annexe 12). Pourtant, les récits recueillis à Clermont-Ferrand, comme ceux issus du Puy-en-Velay, viennent ébranler cette vision linéaire du progrès. Les trajectoires décrites ne racontent pas une montée en compétence progressive et fluide, mais plutôt une succession de régimes de formation marqués par l'immersion brutale, le contrôle hiérarchique, l'inégalité des savoirs transmis et l'émergence difficile d'un espace de pensée autonome.

À Clermont-Ferrand, jusqu'en 1977, date de la fermeture de l'école et de son transfert au Puy-en-Velay, la formation des infirmiers de secteur psychiatrique se déroule au cœur même de l'hôpital Sainte-Marie (Figure 3 ; Archive, AI-1). L'école (Figure 4 ; archive AP-2) est littéralement enchâssée dans l'enceinte hospitalière. Les élèves passent des salles de cours aux services par un simple souterrain, sans jamais quitter le cadre institutionnel. « On ne

sortait jamais du cadre » (LF, 218–223), résume une ancienne élève, évoquant moins une contrainte spatiale qu'une immersion totale dans l'univers asilaire.

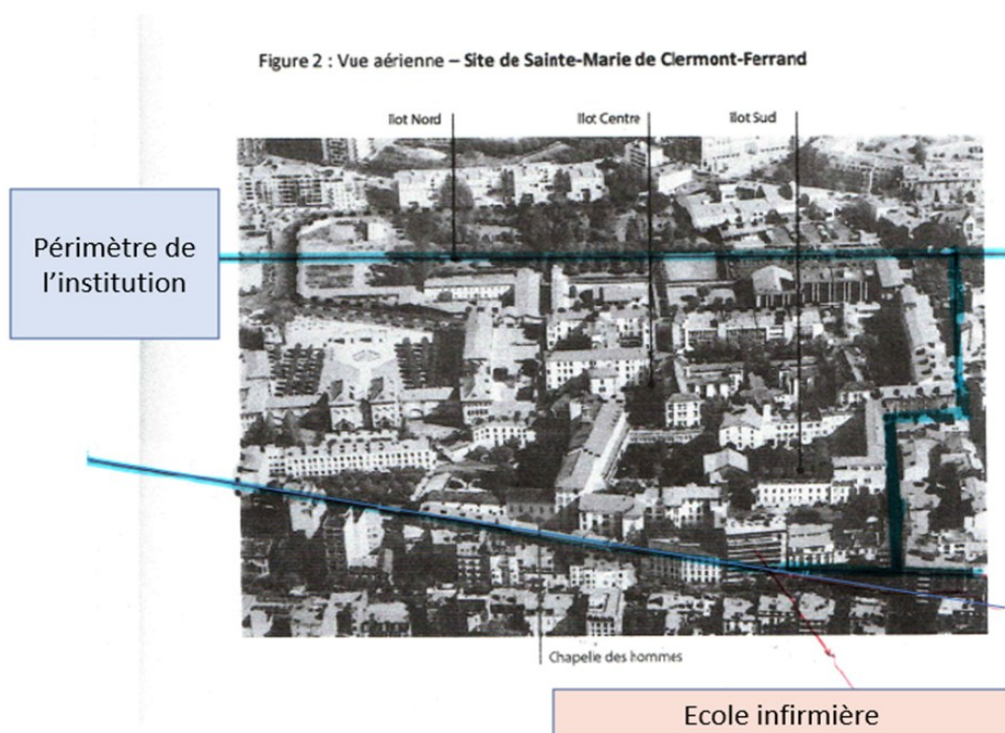


Figure 3. Vue aérienne du site de Sainte-Marie de Clermont-Ferrand, Archives institutionnelles du Centre hospitalier Sainte-Marie, 1960 (Archive, AI-1).

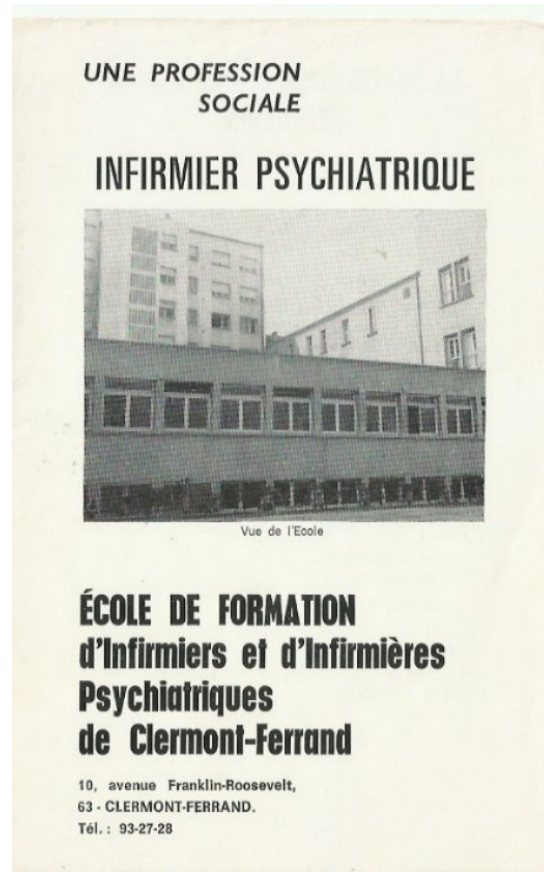


Figure 4. École de formation d’infirmiers et d’infirmières psychiatriques de Clermont-Ferrand. *Bulletin de présentation de la formation ISP à l’école de Clermont-Ferrand* (Archive, AP-2).

5.3.1 Entre les murs : une formation immergée, normée, contournée. Cette continuité spatiale façonne profondément l’expérience formatrice. L’école ne constitue ni un lieu de retrait ni un espace de mise à distance du soin. Elle prolonge physiquement et symboliquement l’univers psychiatrique, renforçant une logique d’imprégnation plutôt que de réflexion critique. L’apprentissage s’y déroule au contact direct de l’institution, dans un quotidien rythmé par les usages, les silences, les attentes implicites. Il ne s’agit pas tant de construire une posture clinique que de s’ajuster aux normes en vigueur, de se rendre compatible avec les codes du lieu. Dans ce contexte, l’adaptation est souvent plus valorisée que l’initiative, et l’observation silencieuse prévaut sur l’analyse. Apprendre à devenir infirmier ou infirmière, c’est d’abord apprendre à être là, à se taire, à tenir. Le concours

d'entrée, à cette époque, reste largement informel, opaque, parfois à la limite de l'arbitraire. Jean-Pierre Erragne témoigne sans détour : « Vous voulez rentrer ? Signez là » (EJP, 58–60). Marie-Thérèse Hameau se souvient d'un entretien mené par une religieuse, où on lui demande si elle a « souvent déménagé dans sa vie » (HMT, 75–80). Cette logique d'évaluation implicite, fondée sur la stabilité apparente ou la discrétion du comportement, ne vise pas à sélectionner des candidat·es sur leurs compétences, mais à trier des profils. Les conditions d'admission si elles recommandent le niveau baccalauréat, ne l'exigent pas. Il suffit de posséder la majorité et de ne pas avoir plus de 30 ans en 1973 (Archive, AP-2). On n'entre pas à l'école pour apprendre un métier, mais pour se soumettre à un cadre.

Dans cette première période, les enseignements dispensés aux futurs ISP sur la base du programme de formation de 1955 sont à la fois peu nombreux et très cadrés (France, 1955 ; Archive, AP-2). Officiellement répartis entre psychiatrie, soins infirmiers, hygiène et médecine générale, les cours sont dans leur grande majorité dispensés par des médecins, le plus souvent chefs de service. Une part significative de l'enseignement, notamment dans les domaines pratiques et non médicaux tels que l'hygiène ou l'accompagnement quotidien, est assurée par des religieuses qui encadrent également la formation. Le tout dans une ambiance pédagogique fortement marquée par la discipline, la moralité et la verticalité. Mais ce formalisme cache un contenu souvent pauvre. Jean-Pierre Erragne est l'un des plus explicites à ce sujet : « Leurs cours, c'était des photocopiés ridicules. La psychose tenait sur une page » (EJP, 182). Evelyne Daudin, entrée en 1972, dit la même chose autrement : des cours « magistraux, très descendants, peu reliés à ce qu'on voyait en service » (DE, 22–24). L'apprentissage, de fait, s'opère ailleurs — dans les couloirs, dans les gestes observés, dans les routines. Ce qui se joue ici n'est pas l'absence de contenu, mais le décalage structurel entre le savoir transmis et le soin tel qu'il se vit. Une distance que les étudiants saisissent d'instinct. Pour beaucoup, la salle de cours est un lieu d'écoute passive, de répétition stérile.

Jean-Luc Ambert parle d'un enseignement d'hygiène « catastrophique » (AJL, 255), tandis que Jean-Pierre Erragne évoque un climat de censure morale : « Pour les soins aux femmes, on nous disait : prenez un feutre et rayez ça » (EJP, 120). Les contenus, notamment ceux relevant de l'hygiène féminine, sont à ce-moment expurgés dans les classes masculines.

Parallèlement, le rôle des moniteurs reste dans les récits, encore limité. Ce sont surtout des religieuses, assignées à la discipline des gestes techniques : faire un lit, désinfecter, panser. Les mémoires du Dr Blandin¹⁵, médecin directeur de l'école jusqu'en 1973 donnent accès à un descriptif des effectifs pédagogiques et de leur évolution :

Un Médecin, Directeur Technique, devant assurer l'organisation et le fonctionnement de cette formation, je fus désigné pour assurer cette charge, exercée jusqu'en 1973, mon collègue Bernard AUBIN prenant la suite jusqu'à la fermeture de l'Ecole en 1977. Il existait déjà un encadrement des Elèves assuré par deux religieuses et une infirmière, diplômée d'Etat, vacataire. Par la suite, cet encadrement sera notablement augmenté et perfectionné, en particulier en faisant appel à certains personnels qualifiés déjà en place qui feront fonction de moniteurs. Enfin, Médecins, Internes, Pharmacienne, Administratifs, etc. participeront à l'enseignement théorique. (Archive, AI-2)

Les témoins apportent une vision moins lisse et plus contrastée de cet enseignement : peu d'analyse, peu de parole, encore moins de confrontation d'idées — comme le résume Jean-Michel Poitre : « Pendant deux ans, on a eu une religieuse, Sœur MB. Elle était là tout le temps, pour tous les cours, sauf en pharmacie et en psychiatrie... hyper exigeante et surtout

¹⁵ Jean Blandin (1922-2020), médecin-chef à l'Hôpital Psychiatrique de Sainte-Marie de Clermont-Ferrand, a joué un rôle central dans la structuration et la modernisation des soins psychiatriques en France. Engagé dans le mouvement de rénovation psychiatrique des années 1960, il participa à la fondation de l'UNAFAM (Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques), qui milite pour la défense des droits et l'accompagnement des proches. Il fut aussi une figure active de l'Association Croix-Marine, qui regroupait soignant·es et usagers autour de la défense d'une psychiatrie humaniste, et dirigea l'École de formation des soignant·es de Sainte-Marie, où il fut responsable du recrutement du personnel.

très autoritaire. » (PJM, 61–66) ; et Jocelyne Lamy précise le climat de formation : « Pendant les 28 mois de formation, on se taisait, on écoutait et on faisait ce qu'on nous disait. » (LJ, 53–54). L'école, dans ces années, enseigne un soin normé, situé entre l'hygiène hospitalière, la biomédecine simplifiée, et une morale catholique du dévouement, Gilles Ranoux s'emporte en se remémorant : « Les lits, oui ! On a passé trois mois à apprendre à faire les lits. » (RG, 485–487).

La réforme de 1973 introduit une inflexion majeure en étendant la formation à 28 mois, en formalisant l'alternance entre école et stage, et en déployant un programme plus ambitieux (France, 1973). Cependant, les récits recueillis montrent que cette réforme est appliquée de manière partielle, souvent dissonante par rapport aux intentions initiales. L'écart entre les ambitions réformatrices et la réalité pédagogique apparaît alors nettement. Jocelyne Lamy décrit un enseignement infantilisé, dans lequel il fallait réciter chaque geste à voix haute : « Je prends le thermomètre, je le secoue, je le nettoie... » (LJ, 33). De son côté, Alain Frobert, arrivé en formation en 1975, souligne la pauvreté clinique des enseignements, qu'il décrit comme de « grandes phrases » théoriques telles que « le patient est au centre », mais sans aucune déclinaison concrète ou utilisable en pratique (FA, 210–211). La psychiatrie, censée être le cœur même de la formation, reste paradoxalement absente des réalités pédagogiques vécues. La structure de l'école illustre bien cette inertie pédagogique. Alain Frobert rappelle ainsi que le directeur est un psychiatre, le Dr Aubin, et que les cours sont essentiellement assurés par des médecins hospitaliers. La médecine générale relève d'un interne, tandis que l'équipe pédagogique se limite à une religieuse, deux monitrices et un moniteur laïques (FA, 131–135). Dans ce contexte, l'encadrement pédagogique apparaît faible, et la coordination entre les intervenants reste embryonnaire. Pourtant, certaines figures émergent, faisant contraste avec ce tableau institutionnel. C'est le cas de Marie-Jo, infirmière

laïque devenue formatrice, fréquemment évoquée par les témoins.¹⁶ Elle proposait une pédagogie incarnée, attentive et disponible. Jocelyne Lamy souligne qu'elle reconnaissait ouvertement ses limites, qu'elle cherchait avec les élèves, et les traitait avec respect (LJ, 68–70). Pour plusieurs élèves, Marie-Jo représente une rupture avec un système pédagogique très vertical et impersonnel, offrant un compagnonnage qui tranche avec la froideur habituelle des enseignements magistraux. Cette période amorce aussi une première ouverture critique dans la formation. Alain Frobert rapporte un épisode significatif lors d'un débat public organisé dans l'école, auquel le philosophe Marcel Gauchet est invité avec un autre philosophe jugé « provocateur » par le témoin (FA, 140). Le débat s'enflamme, le philosophe finit par être exclu, mais le témoin garde en mémoire l'intensité exceptionnelle de ce « moment de pensée » (FA, 140–150). Cet événement, bien que ponctuel, témoigne d'une tension montante entre une génération d'étudiants en quête de sens et une pédagogie jusque-là centrée principalement sur l'application de règles normatives.

La fermeture de l'école de Clermont-Ferrand et son transfert au Puy-en-Velay, à partir de 1978, dans le cadre de la réforme nationale, semble à première vue marquer une rupture — le nouvel établissement, situé à environ 130 kilomètres, relève toutefois de la même congrégation Sainte-Marie, qui y avait implanté une structure psychiatrique dès les décennies précédentes (Figure 5 ; Archive, AI-3).

¹⁶ Les sources disponibles ne permettent pas d'établir son nom complet, ce qui explique que seule l'appellation usuelle soit conservée dans les récits

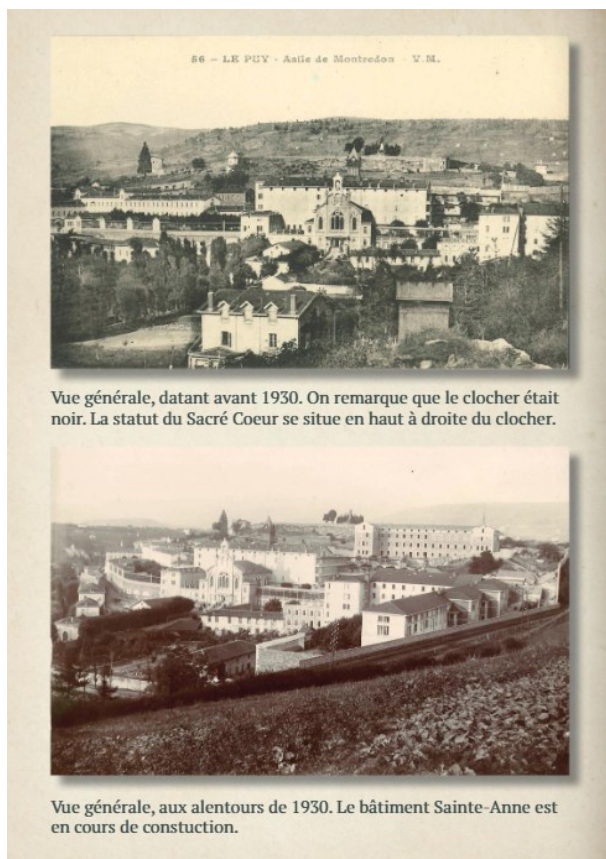


Figure 5. Vue générale de l'hôpital Sainte-Marie du Puy-en-Velay (1930). Source :

Association Hospitalière Sainte-Marie, *Un siècle d'hospitalité. Histoire de l'hôpital Sainte-Marie du Puy-en-Velay* (Archive, AI-3).

La formation passe à 33 mois, les contenus sont réorganisés en modules, et la pédagogie clinique fait son entrée dans les textes officiels (France, 1979 ; Archive, AI-4). Là encore, les effets sont ambivalents. Dominique Vigier note des avancées réelles : « On lisait Racamier¹⁷, on nous initiait à des lectures cliniques. Pas d'antipsychiatrie dominante, mais une vraie ouverture » (VD, 113–114). Mais Didier Dupeux nuance ce tableau : « Tout était très codifié » (DD, 84–89). Le cadre s'est certes renforcé, les exigences se sont accrues, mais la pédagogie reste largement tributaire des figures locales et des logiques institutionnelles du lieu. Joëlle Buisson souligne combien l'école, toujours logée dans l'enceinte hospitalière,

¹⁷ Paul-Claude Racamier (1924-1996) est un psychiatre et psychanalyste qui a profondément marqué la pensée psychiatrique des années 1970. Son ouvrage *Le Psychanalyste sans divan* (1970) illustre son rôle majeur dans la psychiatrie institutionnelle, en ouvrant de nouvelles voies pour penser la psychose et le soin collectif.

prolongeait un modèle d'immersion : « On vivait avec les patient·es on les entendait. On ne pouvait pas oublier où on était » (BJ, 128–137). Loin de créer une coupure théorie/pratique, l'école demeure un lieu de socialisation au soin, plus qu'un véritable espace d'élaboration réflexive.

Ce modèle auvergnat ne doit cependant pas être généralisé à l'ensemble du territoire. Il semble qu'ailleurs d'autres écoles ISP aient mis en œuvre, dès les années 1980, des dispositifs pédagogiques plus ouverts. À Lyon Saint-Jean-de-Dieu, Corrine Berejnoi, qui effectuera ensuite toute sa carrière sur Clermont-Ferrand, décrit par exemple une formation centrée sur la pensée clinique, les sciences humaines, et une articulation claire entre théorie et pratique : « C'était un institut réputé comme avant-gardiste, avec des formateurs qui voulaient expérimenter de nouvelles approches pédagogiques » (CB, 102–103). Ce contraste met en lumière l'hétérogénéité des cultures pédagogiques et hospitalières psychiatriques en France et montre à quel point la socialisation professionnelle pouvait dépendre des territoires.

Même du point de vue des infirmier·ères généralistes, formé·es au Diplôme d'État (DE), la spécificité ISP se faisait sentir. Mr XY, diplômé en 1981, possède la particularité pour l'époque d'avoir obtenu un diplôme DE et d'avoir effectué ensuite toute sa carrière en psychiatrie, à Clermont-Ferrand. Il se souvient d'un cursus presque dépourvu de psychiatrie dans cette filière « somatique », et d'une vision méprisante à l'égard de cette discipline : « La plupart des étudiant·es en parlaient avec condescendance » (XY, 138). Pour lui, les ISP représentaient une forme d'altérité professionnelle, marquée par une proximité clinique et une identité difficile à saisir depuis l'extérieur.

Ainsi, ce que les témoignages recueillis à Clermont-Ferrand et au Puy-en-Velay nous donnent à voir, ce n'est pas l'échec des réformes, mais la persistance d'un régime local de formation, traversé de contradictions. L'école n'y est ni un sanctuaire ni un lieu vide, mais un espace normatif dense, où le soin ne s'enseigne pas toujours explicitement, mais où l'on

apprend à s'inscrire dans une culture professionnelle bien particulière. Dans cet espace contraignant, certain·es élèves s'adaptent, d'autres gardent leurs distances. Quelques-uns·unes, à la marge ou en creux, contestent, dérangent, transgressent. Il ne s'agit pas encore d'un mouvement collectif, ni d'une posture clairement affirmée, mais plutôt de gestes discrets, d'actes mineurs, parfois teintés d'ironie, parfois plus conflictuels, qui expriment déjà une volonté de faire autrement. Ces aspects ne seront pas analysés ici en profondeur, mais leur présence, dans plusieurs récits, révèle que même dans le cadre le plus contraignant, quelque chose échappe, insiste, dévie. Ce sont ces écarts, à peine perceptibles, qui tissent en filigrane une autre histoire de la formation — non plus seulement comme transmission verticale, mais comme lieu de tension, de subjectivation, et parfois, de résistance créative.

5.3.2. Les stages comme espaces d'épreuve et d'initiation au soin psychiatrique. Si l'école impose des normes, des figures et un savoir souvent appauvri, les stages apparaissent dans les récits comme le lieu véritable de formation au métier. Non pas parce qu'ils offriraient un cadre structuré, mais parce qu'ils mettent les élèves en contact direct avec ce que signifie, au quotidien, soigner en psychiatrie. Entre 1969 et 1992, leur organisation se transforme : les périodes s'allongent, les référents apparaissent, les services se diversifient (Annexe 11). Cependant dans les trajectoires racontées, ce sont moins les dispositifs que les ambiances, les gestes, les situations relationnelles qui marquent les mémoires. Le stage devient un espace de confrontation, d'apprentissage par l'expérience, parfois de mise à l'épreuve ; rarement un lieu sécurisé, mais souvent un seuil important dans le parcours.

Durant la première période (1969–1973), le mot même de stage semble impropre. Il s'agit d'une immersion sans filet, immédiate, dans un monde hospitalier peu explicité. « On était immergé dans le boulot » (TA, 358), se souvient André Tapissier. L'encadrement est rare, les consignes brèves, l'évaluation implicite. L'apprentissage se fait par observation, par imitation, dans un univers où les gestes s'attrapent plus qu'ils ne se transmettent. Marie-

Thérèse Hameau, affectée à l'infirmierie, évoque la diversité des actes techniques réalisés et le rôle de formation informelle qu'y joue le service. Elle en dit aussi les tensions, les pratiques coercitives parfois observées sans que personne n'en parle : « Une dame criait tout le temps [...]. Elle [la patiente] lui mettait la serviette de table dans la bouche pour qu'elle se taise » (HMT, 177–178). Ce type de scène n'est pas présenté comme un traumatisme ni comme une indignation mais elle est livrée comme un constat, qui laisse entrevoir la faible régulation éthique et le poids du silence. Jean-Pierre Erragne évoque quant à lui la présence encore marquée des anciens gardiens, reconnaissables à leur blouse grise, leur pipette de Nozinan¹⁸, un bâillon dans la poche, et le trousseau de clés à la ceinture. À leurs yeux, dit-il, « on réfléchissait trop » (EJP, 227–230). Dans les services de psychogériatrie, les jeunes femmes sont souvent affectées à des tâches d'hygiène, dans un isolement fonctionnel marqué : « On m'a dit : "Tu la lèves, tu la laves, et voilà" » (CM, 108).

Avec la réforme de 1973, les principes de formation évoluent avec une diversification des terrains et structuration progressive des évaluations. Mais les récits suggèrent que ces évolutions ne transforment pas immédiatement les réalités vécues. Les affects dominants restent l'incertitude, la solitude, et le sentiment d'être exposé·e. Evelyne Daudin parle d'un service dans lequel on lui confie, sans réel accompagnement, des tâches exigeantes (DE, 64). Francine Longerinas, quant à elle, évoque une situation qui l'a marquée au cours d'une cure de Sakel¹⁹, sans jamais la qualifier de scandaleuse : « Il fallait savoir à quel moment resucrer la patiente » (LF, 123). Cette formule dit à la fois la confiance accordée à l'élève et le poids de la responsabilité assumée seule. Loin d'en faire un reproche, elle semble nommer là une

¹⁸ Le Nozinan est le nom commercial de la lévomépromazine, un neuroleptique de la classe des phénothiazines. Utilisé en psychiatrie depuis les années 1960, il possède des propriétés antipsychotiques, sédatives et anxiolytiques. Administré par voie orale ou injectable, il a longtemps été prescrit à visée de contention chimique ou de sédation en contexte hospitalier.

¹⁹ La cure de Sakel, mise au point dans les années 1930 par le psychiatre Manfred Sakel, consistait à provoquer des comas hypoglycémiques répétés par injections d'insuline. Pratiquée principalement jusqu'aux années 1950 dans le traitement des psychoses, en particulier la schizophrénie, elle reposait sur l'idée que le choc métabolique pouvait avoir un effet thérapeutique.

forme d'entrée dans la profession, à travers le réel. Ce sont ces scènes, situées entre l'épreuve et la reconnaissance tacite, qui structurent la mémoire des stages. Jean-Luc Ambert parle d'un premier stage difficile, qui l'a fait douter, puis d'un autre, dans un service exigeant mais solidaire : « On se battait pour pas que l'autre travaille » (AJL, 304–306). Ce qui tient, ce ne sont pas les consignes, mais les collectifs. La réforme de 1979, l'allongement de la formation à 33 mois et la montée en puissance des référent·es rendent la structure plus lisible.

Néanmoins, là encore, les récits nuancent l'effet de cette évolution. Didier Dupeux évoque une organisation plus stable, mais où les logiques asilaires demeurent fortes avec une verticalité, un cadre rigide et une circulation de la parole limitée (DD, 63). D'autres, comme Alain Frobert ou Joëlle Buisson, soulignent au contraire la richesse des parcours, la diversité des terrains et la qualité du compagnonnage. « Ils m'ont sûrement aidée à tenir » (BJ, 150), dit-elle simplement, sans emphase. C'est dans ces relations, dans ces figures non programmées de soutien, que certain·es apprennent à se sentir infirmier·ères.

Ce que donnent à voir ces récits, c'est une formation qui passe par la confrontation au corps, au collectif, aux gestes, au doute. Les stages ne font l'objet que d'un encadrement formel minimal, mais ils portent une charge importante de transmission implicite. C'est là que les élèves rencontrent le soin psychiatrique, non pas comme une discipline à appliquer, mais comme une expérience à traverser. Iels ne deviennent pas encore pleinement professionnel·les, mais quelque chose commence à s'ancrer. Une posture. Une manière d'être. Une position à tenir. Jean-Michel Poitre, dans un témoignage pudique, raconte : « J'avais l'impression d'être devenu quelqu'un » (PJM, 56–57). Il ne parle ni de compétence, ni de statut, mais de reconnaissance. Celle-ci ne provient pas d'une validation institutionnelle, mais se nourrit d'un geste échangé, d'une confiance implicite, d'un regard soutenu. Dans ce témoignage, comme dans plusieurs autres, ce sont avant tout les patients qui incarnent cette reconnaissance, en conférant aux soignants le sentiment d'exister pleinement dans la relation

de soin. Joëlle Buisson insiste dans le même sens : « C'est là que j'ai rencontré mon métier. Ce n'est pas un mot en l'air. J'ai rencontré mon métier dans les chambres, dans les regards, dans les silences » (BJ, 149–152). Le savoir infirmier ne se donne pas ; il s'éprouve, il s'ajuste, il se cherche dans la proximité. Pour beaucoup, les stages constituent la véritable matrice de l'identité soignante. Alain Frobert l'exprime avec clarté : « C'était très dur, oui, mais c'est là qu'on a compris ce que c'était qu'être infirmier psy. Pas à l'école. Dans les services. Avec les patients » (FA, 160–163). Même les lieux les plus contraints, marqués par la routine ou l'absence de médiation pédagogique, peuvent devenir des lieux de transformation silencieuse. Jocelyne Lamy reconnaît ainsi que c'est en stage qu'elle a compris « comment on fait avec un patient en crise, quand il n'y a pas de recette, juste des présences, des gestes » (LJ, 60–62). Ces récits dessinent une clinique de l'expérience, où l'apprentissage se fait moins par le savoir transmis que par l'épreuve traversée. Francine Longerinas, confrontée à une grande solitude clinique, garde le souvenir d'une responsabilisation précoce, vécue à la fois comme brutale et comme fondatrice : « J'ai compris que je pouvais faire quelque chose d'utile, qu'on me faisait confiance, même si c'était trop tôt » (LF, 125–127). Pour d'autres, comme Jean-Luc Ambert, la cohésion de l'équipe devient le socle d'un apprentissage du soin par le collectif : « Ce n'était pas une équipe facile, mais c'est là que j'ai compris ce que voulait dire 'être avec' » (AJL, 306–307). Ces fragments de parcours montrent que le stage ne se résume pas à une période transitoire entre deux blocs d'enseignement. Il est l'espace où se construit, parfois douloureusement, une position soignante. Ce n'est pas tant un lieu d'évaluation qu'un lieu de reconnaissance possible. Le diplôme, dans cette perspective, ne fait qu'officialiser ce qui a déjà été éprouvé. L'épreuve finale vient sceller un processus qui s'est joué ailleurs, dans le trouble, dans l'adaptation, dans la relation.

C'est pourquoi la transition vers l'institution, une fois diplômé·e (Annexe 13) (Figure 6 ; Archive, AP-3), ne constitue pas une simple continuité.



Figure 6. Diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique délivré par le ministère de la Santé (1983). Archive personnelle de Me Buisson (Archive, AP-3).

Ce qui s'ouvre alors, dans les premiers pas en service, c'est un autre régime de présence, de responsabilité, et surtout de pouvoir. Le soin ne se joue plus dans l'observation, mais dans l'action située au cœur de la rencontre avec les patients, dans les rapports d'équipe, dans les figures d'autorité rencontrées. Ce sont ces dynamiques, complexes et souvent implicites, que la prochaine section explore.

5.4 Figures d'autorité et hiérarchies vécues

On entre en service avec une blouse, un trousseau de clés, et souvent une grande solitude. Après l'école et les stages, il ne s'agit plus de regarder ou d'apprendre, mais de prendre place. C'est là que les tensions se précisent, que les rôles se distribuent, que les

rapports d'autorité s'incarnent. Rien n'est frontal, tout est feutré — mais les places sont déjà marquées. Ce qui se joue alors, dans ces premiers pas en service, ce n'est pas seulement une immersion dans l'institution, c'est une confrontation à ce qu'elle attend, ce qu'elle tolère, ce qu'elle permet ou interdit. Et au milieu de tout cela, les jeunes infirmier·ères doivent composer, s'ajuster, parfois contourner. C'est cette scène-là — celle des premières alliances, des premiers murs, des premières lignes de force — que les récits donnent à voir.

5.4.1 Faire ses premiers pas dans l'institution psychiatrique. L'entrée des jeunes ISP, au début des années 1970, marque pour eux le début d'une confrontation intense avec l'institution psychiatrique. Loin d'être un décor neutre, l'hôpital psychiatrique Sainte-Marie de Clermont-Ferrand constitue à cette époque un univers singulier, structuré par une hiérarchie stricte, des normes implicites et explicites, ainsi qu'une empreinte religieuse encore forte. Cette première immersion est souvent décrite par les témoins comme un moment sensible où les corps et les émotions se trouvent brutalement sollicités. Affectés généralement dans des services qu'ils n'ont pas choisis, certains jeunes infirmiers découvrent des unités « chroniques », où séjournent des patients aux pathologies lourdes et aux hospitalisations prolongées, tandis que d'autres sont confrontés à des secteurs d'urgence où règne une tension permanente. André Merlé, par exemple, relate son arrivée à Sainte-Thérèse : « des gars de chez Michelin, en grosse déprime, qui suivaient des cures. C'était ouvert, mais il fallait être rapide » (MA, 87–89). À l'inverse, Évelyne Daudin affectée au service dit « des petites » se souvient d'un quotidien pesant, au milieu de patientes « nourris attachés, auto-agressifs, la tension constante » (ED, 313–322).

Cette découverte du milieu hospitalier est vécue comme une intensification sensorielle et psychologique où dominant souvent les silences lourds, les gestes répétitifs sans paroles explicatives et les regards pesants des équipes déjà installées. Ainsi, une sorte de mise à l'épreuve silencieuse se met en place, impliquant un apprentissage informel mais exigeant

des codes implicites. Si certains bénéficient d'un accompagnement bienveillant de collègues expérimentés, comme Jocelyne Lamy qui souligne l'importance de ce « compagnonnage » dans ses premiers mois, d'autres, isolés, vivent ces débuts comme une confrontation brutale à la réalité du soin psychiatrique. L'organisation spatiale et symbolique de Sainte-Marie illustre parfaitement la dimension verticale de l'institution (Figure 7 ; Archive, AI-5).

L'établissement se compose en 1969 de trois îlots (nord, centre, sud) et concentre les services de soins. Avant 1970 l'autorité médicale se concentre sous la figure tutélaire de Pierre Doussinet²⁰. Progressivement, l'ensemble est découpé en cinq secteurs sous la responsabilité des médecins-chefs, figures incontournables de l'établissement : Drs Blandin, Michel²¹, Aubin²², Lauxerois²³, Doussinet (jusqu'à son décès en 1974), Gancglus²⁴ et Vogt-Pochard²⁵ pour le centre médico-psychologique infanto-juvénile.

²⁰ Pierre Doussinet (1907-1974), psychiatre formé en région parisienne, lauréat du concours du médecin des hôpitaux psychiatriques, est nommé premier médecin-chef spécialisé de l'hôpital Sainte-Marie de Clermont-Ferrand à la fin de l'année 1940. Il marque la transition vers une modernisation des pratiques et des infrastructures : introduction des thérapeutiques biologiques, développement de l'ergothérapie, création d'une unité d'isolement, ainsi que l'aménagement de services de chirurgie, de radiologie et de soins dentaires. Sous son impulsion est également fondée en 1941 l'école d'infirmiers psychiatriques des établissements Sainte-Marie de l'Assomption.

²¹ Le Dr Michel (†), médecin-chef du secteur 4, est fréquemment évoqué par les témoins comme une figure progressiste, souvent associé à l'action du Dr Aubin. Les sources disponibles sur son parcours demeurent limitées, mais son souvenir est lié à l'image d'une psychiatrie plus ouverte et réformatrice au sein de l'institution. Remplacé par le Dr Vaury.

²² Le Dr Aubin (†) exerce comme médecin-chef du secteur 6 de l'hôpital Sainte-Marie de Clermont-Ferrand de 1967 à 1996. Figure fréquemment citée par les témoins, il est associé à une image de psychiatre progressiste et engagé, dont l'action marque durablement la mémoire institutionnelle. Remplacé par le Dr Lorca.

²³ Le Dr Lauxerois (†), médecin-chef du secteur 5, apparaît dans plusieurs témoignages, même si les sources disponibles sur son parcours demeurent lacunaires. Il est souvent décrit comme représentant une approche biomédicale et conservatrice de la psychiatrie. Remplacé par le Dr Lesturgeon.

²⁴ Le Dr Gancglus (†), médecin-chef du secteur 3, est mentionné dans l'histoire de l'hôpital Sainte-Marie, mais les sources disponibles à son sujet demeurent lacunaires. Son parcours n'a pas pu être documenté davantage.

²⁵ La Dre Vogt-Pochard (†) fut la seule psychiatre femme identifiée dans l'histoire de l'hôpital Sainte-Marie de Clermont-Ferrand pour la période étudiée. Elle assura la responsabilité du centre médico-psycho-pédagogique infanto-juvénile, marquant par sa présence une exception dans un environnement médical largement masculinisé. Remplacée par Henri Doussinet (fils de Pierre Doussinet)

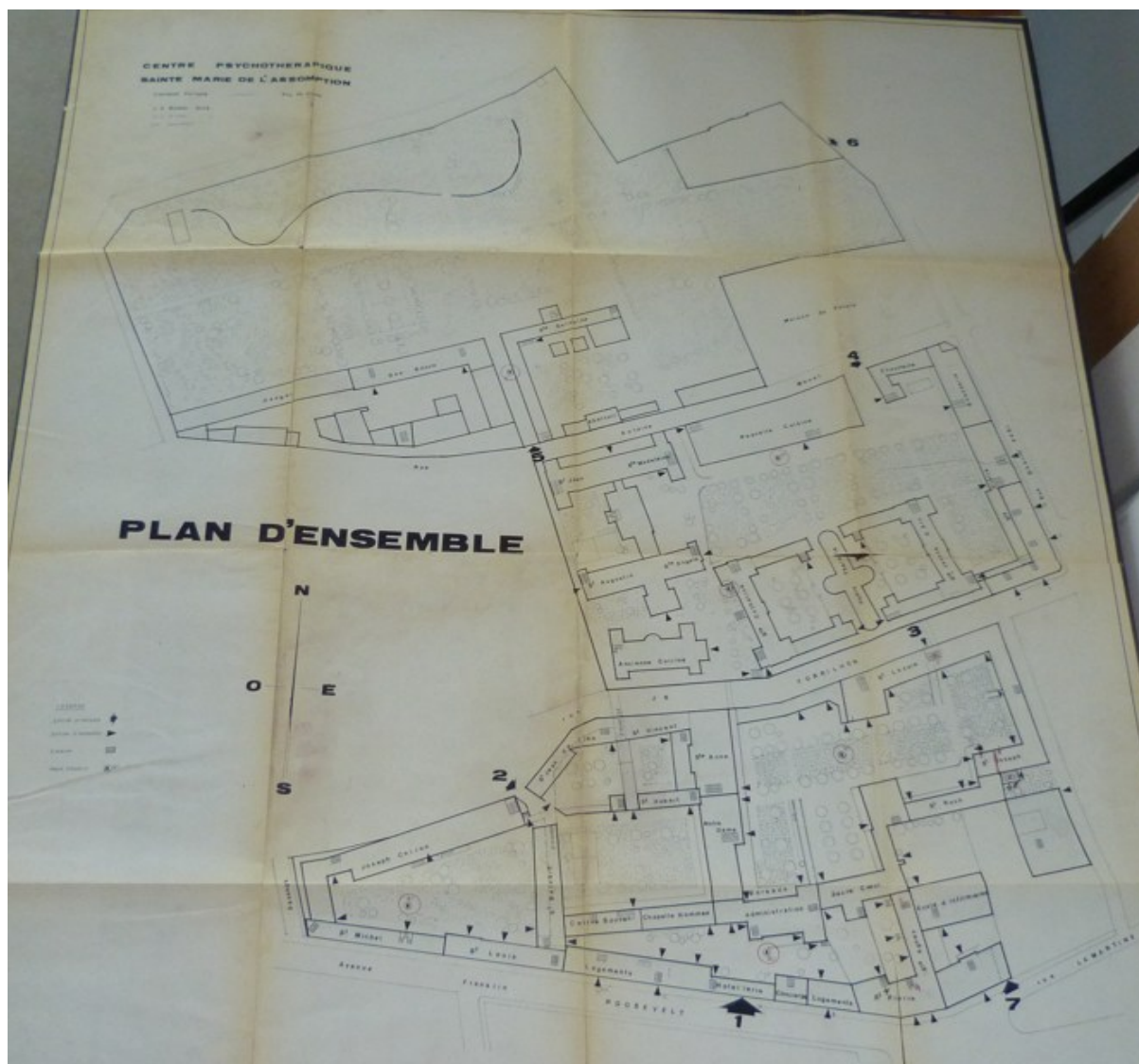


Figure 7. Plan d'ensemble du centre psychothérapeutique Sainte-Marie de l'Assomption de Clermont-Ferrand (1969). Fonds institutionnels de l'établissement (Archive, AI-5).

Cette verticalité s'exprime plus implicitement dans des symboles concrets du quotidien hospitalier, en particulier le fameux trousseau de clés que les infirmiers portent à la ceinture. Celui-ci ne constitue pas seulement un outil pratique, mais surtout un puissant symbole de pouvoir : « Plus tu avais de clés, plus tu étais haut. Et les perdre, c'était dramatique » (TA, 412–413).

Cette organisation institutionnelle repose aussi sur une stricte séparation des sexes. Tandis que dans les établissements d'autres pays—en Suisse par exemple—la mixité

(d'abord des soignants puis des patients) a commencé à apparaître dès l'après-guerre (voire même avant), les témoignages sur Sainte-Marie révèlent qu'en dépit des annonces d'ouverture des psychiatres désaliénistes et de la « révolution de 1968 », en France les unités psychiatriques ont pu demeurer fortement marquées par des logiques de ségrégation genrées jusque dans les années 1980. Dans la période 1960-1980, à Sainte-Marie, les unités psychiatriques masculines et féminines restent en tous cas cloisonnés, avec une répartition nette : les hommes soignent les hommes, les femmes soignent les femmes. Le rapport d'activité de 1960 permet d'apprécier cette répartition genrée (Figure 8 ; Archive, AI-7). Le tableau inutilement réservé au recensement du personnel laïc en présence exprime dans le même temps la dénomination asilaire des services et donne à voir, dans un aspect quantitatif, le niveau de mouvement des patient.es (1444) ainsi que la capacité maximale d'accueil de l'établissement (1558) à cette date.

TABLEAU VII
TABLEAU DU PERSONNEL SOIGNANT
EN SERVICE A LA DATE DU 31 DÉCEMBRE 1960

Service FEMMES						
Désignation du Pavillon	Capacité maxima	Nombre de malades traités au 31-12-60	Catégorie de malades traitées	Agents civils présents au 31 décembre 1960		Nombre Religieuses accomplissant un service infirmier
				1 ^{re} équipe	2 ^e équipe	
Pavillon n° 1 . . .	224	226	Tranquilles	3	3	
Pavillon n° 2 . . .	101	102	Epileptiques	6	6	
Pavillon n° 3 & 4 .	163	166	Semi-tranquilles et vieillards	4	4	
Pavillon n° 5 & 6 .	164	165	Entrants en observation et chroniques	7	7	
Pavillon n° 7 . . .	118	117	Infirmierie et convalescentes	5	5	
Pavillon n° 8 & 9 .	73	74	Chroniques	3	3	
Pavillon n° 10 . .	139	139	Difficiles et en traitement	7	7	
Pavillon n° 11 . .	139	139	Difficiles et en traitement	7	7	
Service Libre . . .	90	76	Entrants en observation et en traitement	13	13	
TOTAUX . . .	1 231	1 226		55	55	

Service HOMMES						
Désignation du Pavillon	Capacité maxima	Nombre de malades traités au 31-12-60	Catégorie de malades traités	Nombre d'Agents présents au 31 Décembre 1960		
				1 ^{re} équipe	2 ^e équipe	3 ^e équipe
Pavillon n° 1 . . .	86	90	Entrants en observation	8	7	
Pavillon n° 2 . . .	123	124	Difficiles : 48 Semi-tranquilles : 28 Tranquilles : 47	10	10	
Pavillon n° 3 . . .	42	42	Chroniques	3	3	
Pavillon n° 4 . . .	46	48	Convalescents et vieillards	3	3	
Service Libre . . .	30	35	Entrants en observation et en traitement	6	6	
TOTAUX . . .	327	329		30	29	

Figure 8. Tableau du personnel soignant. *Rapport d'activité CHSM (1969)*. Archives institutionnelles (Archive, AI-6).

Dominique Vigier décrit ce cadre comme une évidence : « Les patients hommes et femmes étaient dans des services distincts. Les soignants hommes s'occupaient des hommes. Les soignantes femmes s'occupaient des femmes » (VD, 506–509). Cette ségrégation fondatrice apparaît comme naturelle aux yeux des témoins de l'époque, à l'image de Sœur Danièle

Pezzalli, arrivée en 1970, qui rappelle l'absence totale de mixité comme une évidence institutionnelle. Malgré ce cadre rigide, certains changements commencent à poindre. Quelques infirmières, comme Monique Chalencon, sont progressivement affectées à des unités masculines, une expérience vécue difficilement : « Quelques infirmières expérimentées travaillaient déjà dans les unités masculines. Mais on commençait aussi à y envoyer les jeunes, et ça, je n'étais pas prête » (CM, 153–154). Ainsi, la mixité professionnelle commence timidement à s'installer à la fin des années 1970, même si elle demeure inégale et asymétrique, plus avancée dans les services masculins qu'au sein des unités féminines.

Les premiers pas en service des infirmiers psychiatriques au début des années 1970 constituent une expérience intense et complexe, inscrite dans un établissement psychiatrique traversé par des tensions permanentes. À côté des ajustements quotidiens, des confrontations sensorielles et morales vécues par les infirmiers novices, s'imposent des figures verticales qui structurent en profondeur l'institution. Ce sont ces acteurs clés – médecins-chefs aux postures multiples, sœurs à l'autorité encore très présente et surveillantes laïques émergentes – qui dessinent le cadre hiérarchique et moral dans lequel évoluent les équipes soignantes. S'intéresser à ces figures permet alors de mieux saisir l'univers professionnel dans lequel les ISP doivent progressivement construire leur place, leur autonomie et leurs pratiques soignantes, à mesure que s'amorcent les transformations vers la psychiatrie sectorisée.

5.4.2 Médecins-Chefs : entre autorité structurante et figures ambivalentes. La figure du médecin-chef se détache d'abord très nettement comme une autorité structurante, mais profondément ambivalente. Certains, comme le Dr Blandin, imposent une verticalité rigide, empreinte d'une forme de brutalité parfois intégrée par les infirmiers eux-mêmes comme signe paradoxal de reconnaissance : « Il mettait des coups de pied au cul aux infirmiers, et certains se sentaient flattés » (EJP, 195–200). Cette rudesse, symboliquement forte, traduit une logique initiatique où la légitimité infirmière s'acquiert par la confrontation à l'autorité

médicale. À l'opposé, le Dr Lauxerrois, surnommé « Monsieur 200 gouttes », incarne une autorité plus distante, techniciste et strictement médicamenteuse, réduisant le soin infirmier à une simple exécution des prescriptions (EJP, 293–296). Cette ambivalence de l'autorité médicale se complexifie dans les années 1970 avec des figures plus ouvertes au dialogue et à la négociation, comme le Dr Aubin, dont le soutien actif aux équipes est souvent souligné : « Avec lui, on savait qu'on était soutenus » (LF, 173–177). Cette posture illustre une transition subtile vers une psychiatrie sectorisée qui tente, sans tout à fait y parvenir, de réduire l'asymétrie de pouvoir entre médecins et infirmiers. Le Dr Michel se situe quant à lui à mi-chemin, proche des mouvements réformateurs, mais restant en retrait, « dans sa zone de sécurité » selon certains témoignages (EJP, 312–313). Le sort de son assistant, le Dr Bonnet, révèle clairement les limites institutionnelles d'une collaboration trop visible avec les ISP, malgré une posture collaborative assumée rappelée par Alain Frobert « On a appris le métier ensemble » (FA, 340–341). Le Dr Bonnet sera progressivement écarté, signe des résistances profondes à une redistribution du pouvoir clinique comme le souligne Jean-Pierre Erragne « Clément Bonnet, au-delà de la légende, c'était un gars bien. Humain, engagé, et il a payé le prix de ses positions. Le "progressiste" docteur Michel lui a mis des bâtons dans les roues jusqu'à l'évincer. » (EJP, 336–338).

Ces figures médicales, à la fois pivot et verrou, participent à une dramaturgie institutionnelle où l'ISP joue un rôle subalterne, mais jamais passif. La relation qu'entretiennent les soignant·es avec leur médecin-chef relève souvent d'un équilibre instable, fait de soumission ritualisée, de dépendance symbolique, mais aussi d'attentes contradictoires. Pour beaucoup, le médecin incarne à la fois une autorité qui contraint et une figure protectrice, voire initiatrice. Ce paradoxe s'ancre dans une tradition paternaliste, parfois ouvertement patriarcale, où l'infirmier est toléré, reconnu, valorisé, à condition de ne pas contester l'ordre établi. L'expérience du Dr Bonnet, assistant marginalisé pour avoir

partagé le pouvoir avec les ISP, illustre avec acuité les limites institutionnelles d'une horizontalité réelle. Même dans les configurations les plus ouvertes, comme celles portées par le Dr Aubin, la collaboration reste toujours encadrée par une autorité haute, jamais pleinement partagée. Cette frontière invisible mais persistante entre la reconnaissance symbolique et l'accès effectif à la décision clinique constitue l'un des nœuds fondamentaux de l'histoire du métier. Dans ce contexte, l'autonomie infirmière ne s'impose jamais naturellement. Elle se construit au contraire dans l'ombre portée de cette autorité médicale, au fil de tensions, de contournements, de négociations discrètes.

Dans le contexte des années 1960-70 à Sainte-Marie, ces frictions n'annoncent pas une rupture immédiate ; elles, préparent plutôt en sourdine les germes d'un basculement progressif : celui d'un empowerment encore informel, mais déjà perceptible dans certains espaces cliniques, et que la psychiatrie de secteur va lentement amplifier. Derrière la figure tutélaire du médecin-chef se joue donc une histoire plus large, celle d'un corps infirmier tiraillé entre obéissance professionnelle, quête de légitimité, et désir croissant d'être acteur à part entière du soin. Ce rapport ambigu — à la fois nourricier et limitant — trace en creux la scène sur laquelle les ISP commenceront à forger, parfois contre, parfois avec, les médecins, les premiers jalons de leur émancipation. Toutefois cette dynamique ne concerne pas uniquement les rapports aux médecins. Une autre forme d'autorité, plus diffuse, plus ancienne aussi, continue de peser sur les trajectoires infirmières : celle, moins visible mais encore agissante, des religieuses.

5.4.3 Les Sœurs : une autorité morale en transition. À côté de l'autorité médicale, la présence des sœurs de la congrégation constitue un autre pilier déterminant de l'ordre hospitalier. Leur rôle ne se limite pas à la surveillance générale des services, mais imprègne durablement la culture professionnelle. Jusqu'au tournant des années 1980, elles assurent la direction administrative, l'encadrement quotidien et souvent la formation, comme le rappelle

Sœur Danièle Pezzalli, l'une des dernières religieuses à avoir été formée à l'école ISP de Clermont-Ferrand : « chaque médecin avait sa formation et sa façon de faire [...] nous étions formés par les équipes du docteur Aubin sur place » (SDP, 520–524 ; 70–71). Cette structuration du soin par les religieuses s'accompagne d'une présence diffuse, parfois discrète mais toujours pesante où elles « dirigeaient les soins », « formaient le personnel », « surveillaient les étages » (SDP, 187 ; 580), incarnant un ordre moral autant qu'un mode de gestion. Leur autorité, bien que rigoureuse, laisse pourtant entrevoir des formes de proximité inattendues. Les témoignages soulignent des gestes d'attention, des soutiens ponctuels, voire des complicités discrètes. André Tapissier et André Merle rapportent par exemple le plaisir qu'éprouvait une sœur présente lors des ateliers de menuiserie, visiblement animée par le contact avec la matière, loin des rôles traditionnels qui lui étaient assignés : « Dès qu'elle pouvait toucher un bout de bois, elle revivait » (TA/MA, entretien croisé, 93). Ces scènes fragmentaires révèlent une humanité sous-jacente, dissimulée sous la posture autoritaire. Mais elles ne dissolvent pas pour autant les tensions de fond. Le rapport genré à l'autorité religieuse, en particulier avec les soignantes femmes, se révèle à la fois structurant et ambivalent. Si les sœurs incarnent une forme de rigueur morale, fondée sur le contrôle des attitudes, des paroles et même des corps, cette posture ne va pas sans contradictions ni réajustements discrets. L'épisode rapporté par André Merle et André Tapissier, dans lequel une religieuse demande à une élève infirmière de lui acheter un soutien-gorge — alors qu'elle avait l'habitude de comprimer sa poitrine sous sa robe — dévoile, sous la surface d'un contrôle apparent, les tensions intimes vécues par certaines sœurs elles-mêmes face aux normes qu'elles imposaient ou subissaient (TA/MA, entretien croisé, 52). Ce geste, à la fois pudique et transgressif, laisse entrevoir une forme de solidarité féminine implicite, mais toujours marquée par la pudeur, la contrainte religieuse, et les non-dits autour du corps féminin.

Chez les soignants hommes, la relation est encore différente. Elle se teinte parfois de respect mêlé de condescendance ou d'ambivalence affective. Certains témoignages font état d'une certaine indulgence accordée aux hommes, voire d'une admiration discrète de la part des religieuses : « Nous, les hommes, on n'était pas à plaindre avec les sœurs. Elles avaient une sorte de... pas d'admiration, mais... » (TA, MA, 70–71). Cette asymétrie de genre renforce l'image d'un monde hiérarchisé où l'autorité religieuse se conjugue au masculin de manière implicite, tout en assignant aux femmes des rôles plus normés et surveillés.

L'usure de cette autorité s'accélère avec les années 1970. Les grèves et revendications sociales en 1973 bouleversent l'équilibre ancien. Jean-Michel Poitre rapporte les slogans entendus à Clermont-Ferrand : « Les sœurs, ça pue et ça pollue » (PJM, 69), auxquels la Sœur chargée des cours répond par une réplique cinglante, mi-ironique mi-affectueuse : « Moi, ça fait des années que j'ai des garçons en classe, et ça sent les pieds du matin au soir, pourtant je n'ai jamais rien dit ! » (PJM, 72). Cette répartie dit tout de la tension d'époque. L'autorité religieuse est contestée, mais encore présente, parfois respectée, parfois moquée, jamais totalement disqualifiée. Certaines religieuses, loin de se crispier, accompagnent la transition. Plusieurs témoignages font état de sœurs assistant aux réunions syndicales ou soutenant discrètement les jeunes infirmiers en lutte (FA, 259–262 ; G, 472–476). Leur retrait, amorcé dans les années 1980, ne s'effectue ni dans le conflit, ni dans la disparition, mais dans une forme d'effacement négocié, souvent interprété comme un acte volontaire : « Ce n'est pas eux qui ont pris notre place, c'est nous qui leur avons laissé la place » (SDP, 386). Jusqu'en 2008, elles conservent encore un siège au conseil d'administration de l'hôpital (SDP, 389–390), signe d'un pouvoir symbolique qui perdure malgré leur retrait progressif des fonctions hospitalières. La communauté religieuse, déjà implantée à l'Hermitage sur la colline de Chamalières (hauteur de Clermont-Ferrand), devient progressivement le lieu de rassemblement des sœurs qui ne travaillent plus à l'hôpital. Elles y maintiennent une présence

spirituelle et mémorielle, sans rôle opérationnel dans l'établissement, à l'exception du conseil d'administration où siègent encore deux d'entre elles, dont Sœur Danièle Pezzalli. Les sœurs quittent définitivement Chamalières en 2019 (SDP, 551) pour rejoindre la maison-mère du Puy-en-Velay (Figure 9 ; Archive, AI-7).



BREF RAPPEL HISTORIQUE DE L'HERMITAGE
(pour plus de détails, voir *Paraboles* de décembre 2014)

- La congrégation Sainte-Marie de L'Assomption a vu le jour en 1823, grâce au père Chiron, à Saint-Martin-sur-Lavezon, en Ardèche. Les sœurs sont au service des malades, des miséreux et des malades mentaux.
- En décembre 1835, la communauté est contactée par les autorités départementales du Puy-de-Dôme pour une fondation à Clermont-Ferrand. C'est le 20 janvier 1836 que s'ouvre le nouvel asile au lieu-dit « le Bois de Cros », emplacement de l'hôpital Sainte-Marie actuel.
- Après Privas (1827) et La Celette (1842), d'autres établissements seront créés au Puy-en-Velay (1850) puis à Nice (1862) et à Rodez (1931).
- La reconnaissance légale de la congrégation est obtenue du Ministère de l'Intérieur en septembre 1974, et l'Association hospitalière Sainte-Marie est publiée au journal officiel du 24 novembre 1974.
- À partir de 2008, la présidence de l'Association est assurée par un laïc entouré d'un Conseil d'administration, dont les sœurs font partie.
- Toutes les religieuses de la Congrégation sont maintenant résidentes dans leur maison du Puy-en-Velay.
- Depuis 2012, la Communauté du Chemin Neuf est présente à l'Hermitage.

Nous aurons l'occasion de revenir sur l'actualité de ce lieu dans un prochain numéro de *Paraboles*.



Le départ des sœurs de l'Hermitage

Le 30 novembre dernier, nous avons dit au revoir aux religieuses de la Congrégation Sainte-Marie de L'Assomption. Une messe a été célébrée à l'Hermitage, ce haut-lieu de notre paroisse Sainte-Croix-des-Puys, où tant de personnes (malades, retraitants, prêtres...) ont bénéficié de l'accueil chaleureux des sœurs à qui nous devons un grand merci. La maison-mère de la Congrégation a été installée à l'Hermitage en 1955. Une religieuse Sainte-Marie témoigne.

Figure 9. « Le départ des sœurs de l'Hermitage », article publié dans *Vie consacrée*, 2019. Archives institutionnelles (Archive, AI-7).

Dans cette configuration particulière, les sœurs jouent un rôle ambivalent. À la fois figures d'encadrement, de transmission, et parfois de résistance douce, elles incarnent une autorité morale fondée sur la vocation autant que sur la discipline. Leur présence agit comme un filigrane institutionnel, structurant sans toujours diriger, inspirant sans nécessairement imposer. Si elles n'ont pas été les premières actrices de l'émancipation infirmière, elles n'en

ont pas systématiquement été les freins non plus. Leur rapport complexe aux soignants — fait d’interdits, de soutien, de distance et de mémoire — a laissé une empreinte singulière dans les trajectoires des ISP. En ce sens, elles constituent moins une simple autorité du passé qu’un repère ambigu, à la fois matrice et frontière de ce que pourra devenir, dans les décennies suivantes, le pouvoir infirmier en psychiatrie.

5.4.4 Les Surveillant·es laïc·ques : encadrer sans légitimité clinique. À partir des années 1970–1980, les surveillant·es laïc·ques prennent progressivement le relais de cette autorité intermédiaire. La répartition des rôles reste alors genrée : des surveillantes encadrent les services féminins, des surveillants les services masculins. L’absence de mixité au début des années 70 traduit la permanence d’une organisation sexuée des soins. Des propos recueillis en marge des entretiens laissent entendre que les surveillants hommes bénéficiaient d’une considération plus favorable que leurs homologues féminines, perçus comme plus appréciés dans les services masculins. Cette différence de réception reste difficile à documenter directement faute de verbatims, mais elle souligne que le genre pesait sur la manière dont cette autorité intermédiaire était reconnue ou contestée²⁶.

Les récits enregistrés mettent en revanche l’accent sur les surveillantes, dont l’autorité est fréquemment décrite comme rigide et procédurière. Joëlle Buisson évoque une surveillante dont la simple présence glaçait l’atmosphère : « Dès qu’elle arrivait, tout le monde se taisait. On rentrait dans une ambiance... ce n’était pas de la bienveillance, c’était de la tension » (BJ, 495–512). Dominique Vigier résume cette distance par une formule lapidaire : « À l’époque, on pouvait même se demander à quoi elles servaient vraiment... » (VD, 513–516). Placées dans un entre-deux institutionnel, elles se retrouvent intercalées entre des sœurs qui continuent d’occuper un encadrement supérieur et les équipes soignantes du

²⁶Cette distinction provient d’échanges informels en marge des entretiens, sans verbatims exploitables. Elle est mentionnée ici à titre indicatif, afin de signaler une possible variation genrée dans la réception de l’autorité des surveillant·es.

quotidien. Cette position ambiguë limite leurs attributions à des fonctions essentiellement administratives et de surveillance, ancrées dans le registre de l'autorité plutôt que dans la pratique clinique. Leur attribution, éloigné de toute reconnaissance thérapeutique, accentue encore le décalage entre pouvoir formel et légitimité professionnelle. Ce doute sur leur rôle traduit une forme de vacance du pouvoir, où la figure du cadre intermédiaire peine à incarner une fonction régulatrice ou inspirante. Dans certains services, cette vacance produit une autonomie des équipes qui peut apparaître, de l'extérieur, comme un espace d'initiative. Mais pour les acteurs eux-mêmes, elle prend souvent la forme d'un isolement, voire d'un abandon, où le collectif doit compenser l'absence de médiation hiérarchique.

Cette crise silencieuse du rôle de surveillant·e s'explique en partie par l'absence de formation spécifique au management ou à la coordination, à une époque où le passage du statut d'infirmier·ère à celui de cadre se faisait encore « par ancienneté ou affinité avec les directions », selon les mots de plusieurs témoins. L'autorité se transmettait sans requalification, dans un entre-deux flou, ni soignant, ni dirigeant. Ce manque d'assise structurelle a contribué à renforcer un imaginaire de l'encadrement comme simple relais disciplinaire, coupé du soin et de ses enjeux réflexifs. Autrement dit, ces figures intermédiaires n'ont pas su – ou pas pu – se poser comme des interfaces structurantes entre les équipes infirmières et les orientations médico-administratives. Là encore, comme pour les figures précédentes, l'ambiguïté des positions laisse place à des tensions feutrées. À défaut d'un rôle pleinement assumé, les surveillantes deviennent parfois des cibles critiques ou des figures décoratives, coincées dans une fonction administrative sans portée clinique. Leur apparition, pourtant pensée comme un signe de modernisation et de laïcisation de l'encadrement, ne parvient pas à rompre avec l'héritage vertical du modèle hospitalier. Ce paradoxe trouve un écho dans les évolutions à venir, où le sentiment d'abandon ou de confusion autour du pouvoir intermédiaire stimule, chez certains ISP, le besoin d'affirmer

une parole propre, de clarifier leur position et de développer une capacité collective à s'auto-organiser. C'est dans ces interstices d'indétermination que se forge, en creux, un des leviers de leur empowerment.

5.4.5. L'équipe infirmière : entraide, tensions et appartenances. C'est précisément dans les dynamiques internes aux équipes infirmières que les nouvelles recrues trouvent les appuis les plus forts ou, au contraire, vivent les expériences les plus douloureuses. Le collectif infirmier se révèle un espace ambivalent, oscillant entre entraide spontanée et rapports hiérarchiques implicites, entre solidarité pragmatique et mécanismes d'exclusion silencieux. Jean-Luc Ambert résume cette logique informelle : « On bossait toujours ensemble, par affinités » (AJL, 534). Dans les équipes les plus soudées, souvent structurées autour de figures médicales ouvertes comme le Dr Aubin, la vie collective déborde la stricte organisation du service, donnant lieu à des moments de cohésion vécus comme fondateurs : « Il y avait des bringues de service, du médecin-chef, de pavillon. On faisait une bouffe par mois et une boîte derrière » (AJL, 416–420). Mais ce fonctionnement à base d'affinités expose également à des formes d'invisibilisation. L'intégration dans le groupe repose autant sur la compétence que sur la capacité à entrer dans les codes implicites de l'équipe, souvent non verbalisés. À l'opposé de cette ambiance fusionnelle, certains témoignages dépeignent un quotidien marqué par l'isolement. Evelyne Daudin évoque les nuits passées sans aucun lien réel avec le reste de l'institution : « Nos seuls contacts étaient avec l'équipe du soir et celle du matin. Il n'y avait aucun lien direct avec les médecins » (DE, 290–294). Dans ces configurations, l'autonomie infirmière ne relève pas d'un espace conquis, mais d'un abandon masqué, d'une organisation du travail fondée sur le non-dit, où chacun et chacune fait au mieux dans les marges du système. La prétendue horizontalité des équipes masque ainsi des dynamiques bien plus contrastées, où le soin se pense et se pratique au sein de collectifs traversés par des tensions de pouvoir, de genre, de génération et de statut. Certains services s'organisent de

façon souple, co-construite, quasi autogérée. D'autres reproduisent, à leur échelle, les logiques verticales de l'institution. Dans cette cartographie du travail collectif, l'équipe ne constitue donc jamais une évidence, mais un champ de négociation permanent, où l'identité professionnelle des ISP se façonne au quotidien, entre désillusion, ajustements et résilience.

Ces premières expériences en service, racontées avec une grande précision par les témoins, dessinent un paysage institutionnel contrasté. L'entrée dans l'institution psychiatrique ne se résume ni à une assignation rigide ni à une immersion libératrice. Elle s'organise dans des rapports d'autorité multiples, où coexistent verticalités assumées, régulations implicites et ajustements silencieux. Médecins-chefs, sœurs, surveillant·es, équipes, chacun de ces pôles impose, module ou négocie un cadre d'action. Ce caractère mouvant n'est pas anodin : il s'inscrit dans un contexte historique marqué par la remise en cause de l'institution asilaire et les demandes d'ouverture, mais aussi par la transition progressive d'un encadrement religieux vers un pilotage laïc²⁷. C'est dans cette mutation que les récits situent des marges de manœuvre, faites de prises de position discrètes, de stratégies et de liens construits dans la durée. Ces gestes, ces affects, ces écarts à la norme ne constituent pas encore une revendication explicite, mais ils tracent une voie d'analyse qui, plus tard, trouvera à s'épanouir dans une autre lecture.

Ce que cette première partie rend visible, en filigrane, ce sont les conditions d'un déplacement professionnel qui ne dit pas encore son nom. Elle documente, dans les tensions vécues, les affects exprimés, les arrangements collectifs ou solitaires, un ensemble de situations propices à l'émergence d'un pouvoir d'agir infirmier. Il ne s'agit pas de le poser comme abouti, mais de comprendre comment il s'inscrit déjà dans les corps, dans les voix,

²⁷ En 1974, l'ensemble des établissements Sainte-Marie, jusque-là placés sous la direction de la Congrégation des Sœurs de Sainte-Marie de l'Assomption, est regroupé dans l'Association Hospitalière Sainte-Marie. Ce basculement, qui substitue une gouvernance associative laïque à l'autorité religieuse, modifie profondément les équilibres internes : les religieuses perdent leur rôle de cadre supérieur et la régulation de la vie hospitalière passe progressivement à des directions administratives et à des encadrant·es laïc·ques.

dans les gestes du soin. Car ce n'est pas seulement l'institution qui se transforme à cette époque, c'est le soin lui-même qui commence à se redéfinir. La sectorisation, loin d'être un simple aménagement structurel, ouvre de nouveaux espaces, rend possible d'autres rythmes, d'autres relations. C'est à travers ce soin au quotidien, tel qu'il est raconté, habité, parfois détourné, que s'inventent des manières d'être infirmier ou infirmière psychiatrique. La section suivante s'attache à ces pratiques situées, souvent discrètes, qui transforment progressivement la clinique infirmière et contribuent, en filigrane, à une redéfinition du métier et à sa professionnalisation.

5.5 Des gestes contraints aux espaces inventés (1970–1990)

Le soin psychiatrique, tel qu'il est vécu, raconté et ajusté par les infirmiers et infirmières de secteur psychiatrique entre les années 1970 et 1990, ne se laisse pas aisément enfermer dans les catégories administratives ou les discours réformateurs. Il se construit, au contraire, dans une tension constante entre des gestes hérités, parfois contraints, et des espaces inventés à même le quotidien. Cette période, traversée par la mise en place progressive de la sectorisation²⁸, ne correspond ni à une rupture franche ni à une simple modernisation. Elle donne plutôt à voir un tissu d'expérimentations cliniques discrètes, souvent initiées depuis les marges, portées par des collectifs infirmiers qui composent avec les règles autant qu'ils les détournent. Les récits recueillis permettent de documenter cette mutation située du soin psychiatrique. Ils ne décrivent pas un changement de paradigme, mais des déplacements plus lents, plus concrets, où l'on passe de la routine asilaire à des formes de présence engageante, de la stricte exécution à une clinique du lien, de l'isolement des actes à une attention au contexte, à la durée, à la parole. Ces pratiques, parfois informelles, souvent

²⁸ En France, la « sectorisation psychiatrique » désigne une organisation mise en place à partir de la circulaire du 15 mars 1960, confirmée par divers textes ultérieurs, qui divise le territoire national en secteurs géographiques. Chaque secteur est rattaché à une équipe psychiatrique publique, responsable de l'ensemble des soins pour la population résidente. Ce dispositif, pensé à la fois comme cadre légal et administratif, avait pour objectif de remplacer l'hôpital psychiatrique fermé par une offre de soins diversifiés et de proximité, incluant l'hospitalisation, les structures ambulatoires et le suivi communautaire.

non reconnues, dessinent une autre manière de soigner. Elles constituent aussi, en creux, le lit d'un pouvoir d'agir professionnel en train de se chercher, que la suite de cette thèse interrogera plus précisément.

5.5.1 Du geste répété à la présence rassurante (années 1970). À partir des années 1970, les pratiques de soin psychiatrique à Clermont-Ferrand semblent connaître une transformation progressive, sans pour autant rompre nettement avec l'héritage de l'asile. Les récits recueillis ne décrivent pas une réforme brutale venue d'en haut, mais évoquent plutôt un déplacement discret, souvent initié depuis les équipes elles-mêmes, depuis une logique majoritairement disciplinaire et routinière vers des formes plus situées, relationnelles et parfois inventives du soin. Cette évolution, portée en partie par l'installation inégale de la sectorisation, engage — dans certains contextes — les infirmier·ères dans un repositionnement discret mais significatif. À travers la continuité, la proximité, l'attention au quotidien, plusieurs témoins décrivent une manière de faire qui tend à redessiner, localement, les contours d'un soin moins exclusivement centré sur l'application de gestes prescrits. Ce qui se donne à voir dans ces récits, souvent situés dans les marges de l'institution, c'est l'amorce d'une clinique différente — parfois plus ancrée, plus incarnée — et, possiblement, les conditions d'émergence d'un pouvoir d'agir professionnel en formation. Cette reconfiguration du soin ne se joue pas à partir d'un terrain neutre. Elle s'ancre dans un environnement hospitalier encore très marqué par la culture asilaire, les logiques de contrôle et de routine. Dans les années 1970, les soins infirmiers psychiatriques, tels que racontés par les témoins, s'exercent dans un contexte souvent dense et cloisonné, où les dortoirs collectifs, les gestes répétitifs et les techniques dites de maîtrise (telles que la contention, les électrochocs, les traitements insulinothérapies ou les cures de dégoût) restent courants. Le soin semble alors essentiellement organisé autour de l'exécution de procédures, sans visée explicitement relationnelle.

Cependant et à contre-courant, plusieurs témoignages laissent entrevoir, en creux, une autre logique, déjà présente dans certains gestes du quotidien. Derrière ces pratiques standardisées, parfois rigides ou perçues comme contraignantes, certains soignant·es évoquent une forme de présence continue, d'attention portée à l'autre, de disponibilité, qui ne se dit pas toujours comme relation mais qui en porte les traces. Ces éléments, parfois rapportés avec attachement, parfois avec distance critique, témoignent de l'ambivalence des pratiques vécues. Si certaines techniques peuvent aujourd'hui être regardées comme dures ou datées, elles n'excluent pas, dans les récits, des formes de soin incarné, portées par des soignant·es investis. En ce sens, il ne s'agit pas tant d'un basculement vers une nouvelle clinique que d'un glissement progressif, souvent silencieux, à partir de pratiques anciennes déjà traversées par la relation. C'est à partir de ce socle composite — fait d'héritages, d'adaptations, et d'engagements discrets — que se recompose, dans certains espaces, la fonction infirmière psychiatrique.

À la veille de la sectorisation, les soins psychiatriques apparaissent encore, dans de nombreux récits, comme structurés par une logique avant tout disciplinaire. La séparation par sexe, par âge ou par pathologie continue de façonner l'organisation spatiale de l'hôpital Sainte-Marie (Archive, AI-6). Les dortoirs collectifs, les sanitaires communs, l'absence d'intimité témoignent d'un environnement pensé prioritairement pour la surveillance, davantage que pour l'accompagnement individualisé. Evelyne Daudin se souvient de ces espaces marqués par la promiscuité : « Des patientes âgées, pas toutes démentes, certaines chroniques, dans des dortoirs de quarante lits, avec un seul lavabo, et pas de toilettes personnelles » (DE, 95–96). Le soin s'y donne alors souvent comme une série de gestes routiniers, rarement remis en question sur le moment. On fait les lits, on administre les médicaments, on surveille les comportements. Les pratiques dites « actives », comme les

électrochocs, les packs, les cures d'insuline ou de dégoût, s'inscrivent dans cette même logique opératoire, mêlant technique, contrôle, et parfois visée rééducative.

Pourtant, ces pratiques ne sont pas décrites de manière uniforme : elles suscitent des sentiments contrastés chez les témoins, entre banalisation et malaise, entre souci d'efficacité clinique et conscience d'un inconfort partagé. La cure de dégoût²⁹, mobilisée dans les cas d'alcoolisme, offre un exemple frappant. Evelyne Daudin évoque sa forme la plus brutale, où la personne soignée, à jeun, était amené à boire jusqu'au vomissement : « C'était une méthode barbare » (DE, 132–140). Jean-Luc Ambert raconte une situation particulièrement marquante, où le patient ne réagissait à rien : « Une bière, deux bières, trois, quatre... Il nous regardait en souriant. [...] Je fonce à la pharmacie, je vais chercher une petite fiole d'alcool à 90°. [...] Là, c'est parti. Il est monté direct à 18–19 de tension » (AJL, 356–371). Ces scènes, narrées avec une forme de recul parfois teintée de culpabilité ou de dérision, révèlent la normalisation de pratiques aujourd'hui perçues comme à la fois violentes et bricolées. Le soin y engageait aussi la subjectivité des soignants, souvent jeunes, peu préparés, et désarmés face à des dispositifs mal encadrés.

La présence infirmière ne se limite pourtant pas à ces gestes techniques. Plusieurs témoins insistent sur l'attention portée aux patients dans l'après-coup des traitements lourds. Evelyne Daudin décrit la sortie d'un coma insulinaire : « À leur réveil, on devait leur offrir une présence rassurante. On les maternait, on les prenait en charge comme des enfants » (DE, 113–115). Dans les packs, qui consistaient à envelopper les patients dans des draps glacés pour provoquer une régression symbolique, le soin était également pensé comme un espace relationnel : « Il y avait toujours un soignant et une soignante, représentant le père et la mère

²⁹ Dans les années 1970, les cures aversives constituaient un traitement courant de l'alcoolisme. Elles prenaient la forme de « cures de dégoût », utilisant des vomitifs (apomorphine, émé-tine) administrés sous surveillance infirmière, ou de protocoles au disulfirame (Espéral®) provoquant, en cas d'ingestion d'alcool, rougeurs, tachycardie et malaise cardiovasculaire. L'objectif était de créer un conditionnement négatif associant l'alcool à des sensations pénibles, dans un contexte de forte médicalisation du sevrage.

» (DE, 121). Gilles Ranoux ajoute : « Certains exprimaient plus de choses après [...] Ça ne leur faisait pas de mal » (RG, 158–164). Les électrochocs, enfin, apparaissent comme une zone grise. Si certains témoins évoquent leur déroulement avec anesthésie, d'autres décrivent des situations où cela n'était pas toujours possible. Marie-Thérèse Hameau raconte : « À l'époque, on les faisait sans anesthésie [...] J'ai tenu les électrodes, j'ai tenu le mors » (HMT, 298–301). Évelyne Daudin confirme : « Certaines patientes ne pouvaient pas être anesthésiées, et elles subissaient le traitement à vif. C'était terrible » (DE, 104). Même lorsque l'anesthésie est introduite, la tâche des infirmières reste centrale où iels assument de contenir, rassurer, gérer les effets secondaires. Une place à la fois technique et relationnelle, exposée et rarement discutée.

Dans l'ensemble, les témoignages ne dessinent pas une image unifiée d'un « avant » brutal. Ils racontent une pluralité de pratiques, certaines assumées, d'autres remises en question a posteriori, mais toujours traversées par une implication soignante. Par ailleurs, l'analyse des entretiens oraux dévoile que le soin, même dans ses formes les plus normées, est aussi habité : il engage des gestes d'attention, des postures de soutien, qui sont peu visibles si l'on se reporte uniquement aux archives institutionnelles. C'est dans cette complexité, entre pratiques instituées et marges relationnelles, que s'est amorcée, à mon sens, une recomposition de la fonction infirmière psychiatrique qui peut s'observer dans le contexte de Sainte-Marie à partir des années 1970. Non par rupture, mais dans le prolongement de gestes concrets, parfois ambivalents, où le lien se maintient malgré le cadre. Mais dans les entretiens que j'ai conduits, ces soins, bien que souvent décrits comme durs, n'ont jamais été évoqués sans nuances. Ils sont aussi les lieux d'un premier rapport au patient, d'une proximité physique, d'une attention soutenue — au réveil, comme l'a décrit plus haut Évelyne Daudin à propos des cures d'insuline (DE, 113–114). Le soin, même contraint, n'est pas vide de relation ; il s'éprouve dans la durée, comme le résume Monique

Chalençon, « on se relayait pour éviter d'attacher les patients trop vite. On attendait que la crise passe, on restait avec eux. C'était une question de temps et de présence » (CM, 647–649).

Dans les services dits « lourds », cette présence devient une modalité essentielle du soin. Monique Chalençon, en psychogériatrie, rappelle encore : « On faisait tout ensemble : les lits, les toilettes, la préparation des médicaments. On s'occupait aussi du linge » (CM, 199–202). En creux, ces témoignages laissent apparaître une première transformation silencieuse : celle d'un soin qui, même dans un cadre normé, s'enracine dans le quotidien partagé, dans l'observation fine, dans l'attention aux détails ; il ne s'agit pas encore d'un soin relationnel formalisé, mais d'une disposition soignante — un regard porté, un temps donné. Comme l'a expérimenté Évelyne Daudin lors de ses nuits de service, la nuit ouvre des interstices : « des échanges qu'ils n'avaient jamais le jour, plus intimes, plus personnels » (DE, 234–236) ; parfois, « de petits mots, des poèmes gardés, et l'attente de 'leur' infirmière au moment du passage » (DE, 237–239). Ces éléments, modestes mais récurrents, forment le socle d'une autre manière d'habiter la fonction infirmière. Ils préparent, dans les gestes les plus anodins, l'émergence d'une clinique plus située, plus ajustée, plus proche. Autrement dit, ils préfigurent, sans le dire, un déplacement épistémologique du soin où l'acte prescrit va vers la relation engagée.

5.5.2 Circuler autrement : vers un soin hors les murs. Ce sont pourtant au cœur même de cet héritage institutionnel que s'amorcent les premiers déplacements, tant au sens épistémologique que spatial du terme. Dès le début des années 1970, plusieurs témoins évoquent, non sans surprise rétrospective, des formes discrètes de circulation, de souplesse, d'initiatives collectives. Ces expérimentations, encore marginales, ne relèvent pas d'un projet politique clair, ni d'une injonction descendante : elles émanent plutôt de configurations locales spécifiques, souvent portées par des binômes médecins-infirmiers convaincus de la

nécessité de faire autrement. Affecté au secteur d'Issoire, André Merlé se souvient d'une dynamique enclenchée très tôt, dès 1972, marquée par des visites chez les patients, des prises de contact en entreprise, des accompagnements dans les familles. L'équipe, unique, suit les patients en tout lieu, dans une logique de continuité qui n'est pas encore nommée mais déjà pratiquée : « On faisait la consultation, on allait à l'entreprise, on allait dans les familles. Il y avait une seule équipe pour tout le secteur. » (MA, 46–49). Cette approche paraît donc alors avoir reposé une vision théorique de la sectorisation que sur une culture du lien, du terrain, de la réactivité. Le soin quitte peu à peu le périmètre de l'enceinte, sans que cela ne passe par une réorganisation en bonne et due forme. À Clermont-Ferrand, d'autres secteurs expérimentent eux aussi des formes de décloisonnement. Le docteur Aubin, souvent cité comme l'un des moteurs de cette évolution, impulse avec ses équipes un travail d'ouverture, notamment à travers des réunions interdisciplinaires et une circulation fluide entre les structures. Jean-Michel Poitre, alors infirmier à cette époque et qui a connu Aubin, souligne cette nouvelle atmosphère : « On n'avait pas besoin de hiérarchie tout le temps. On se retrouvait, on décidait ensemble. » (PJM, 176–177). En somme, il ne s'agissait visiblement pas encore de codifier un dispositif, mais de faire exister une dynamique collective, où le soin se construit dans la discussion et la disponibilité mutuelle.

Les signes de cette réinvention se donnent parfois à voir dans des objets anodins. La Citroën 2CV, régulièrement mentionnée dans les récits, incarne à elle seule cette logique d'un soin en mouvement. « De Clermont, on partait avec la 2 CV. [...] On avait des 2 CV... Oh putain, on a fait des coups avec la 2 CV... » (MA, 608–610). La voiture devient ici le symbole d'un soin mobile, souple, ajusté, qui va au-devant des situations plutôt qu'il ne les attend. Gilles Ranoux le confirme : « Nous, la sectorisation, on l'a vécue avec les visites à domicile. On a reçu les premières 2 CV par secteur. » (RG, 336–337). Loin d'être anecdotiques, ces scènes traduisent dans les récits une bascule symbolique avec celle d'un

soin qui se déplace, qui s'adapte, qui investit d'autres espaces. Dans le même élan, plusieurs équipes investissent les marges de l'hôpital pour y créer de nouveaux espaces d'accueil. Jean-Pierre Erragne se souvient du réaménagement des pavillons, des anciens dortoirs transformés en chambres plus petites, de la circulation enfin rendue possible pour des patients jusque-là enfermés dans des unités fermées : « On a activement participé à la destruction des murs de l'hôpital. [...] Le côté carcéral de l'hôpital a été modifié. » (EJP, 538–541). Ces transformations, si elles demeurent partielles, marquent une inflexion sensible dans la manière d'habiter les lieux du soin. Ce mouvement ne se limite pas à la réorganisation spatiale. Il s'incarne aussi dans des dispositifs cliniques singuliers, conçus comme des réponses ajustées à des situations particulières. « L'atelier du fer », mis en place par André Tapissier, reposait sur des activités techniques organisées dans des locaux réaménagés : « On avait un atelier de ferronnerie, un atelier de bois et un atelier de vannerie » (TA, 439–444). Ces espaces accueillait plusieurs patients sur des temps longs et visaient à structurer le quotidien par le travail manuel. En contrepoint, Jean-Michel Poitre a développé « l'atelier du non-faire », destiné à celles et ceux qui ne pouvaient ou ne voulaient pas s'investir dans des activités productives : « Certains étaient trop fatigués, pas assidus, ou simplement pas en état de s'investir dans un travail aussi structurant. C'est de là qu'est née l'idée de l'Atelier du Non-Faire » (PJM, 232–234). Là, il n'était plus question de rendement ni de production, mais d'un lieu de présence et de disponibilité, où la temporalité du patient primait sur toute contrainte. Ces deux dispositifs, différents dans leur finalité, témoignent d'une même recherche : celle de formes de soin qui s'inventent hors des modèles établis, en misant sur la qualité de présence et l'attention aux rythmes singuliers des patients. Ils sont portés par une conviction partagée où le soin, pour advenir, nécessite d'abord une qualité de présence, une attention fine, une disponibilité au temps.

Ces expérimentations ne sont pas toujours visibles aux yeux de l'institution. Elles se construisent de manière organique, sans contrôle direct : « personne ne nous demandait de comptes, car les résultats étaient visibles » (PJM, 240–241). Elles reposent aussi sur une tolérance institutionnelle implicite : « on a pu le faire parce qu'on avait des locaux libres, mais ce n'était pas un projet institutionnel... l'administration nous laissait faire, mais ce n'était pas prévu, on ne trouvait pas ça dans les circulaires » (TA, 446–454). Elles ne s'inscrivent pas immédiatement dans des plans de réorganisation, mais elles font bouger les lignes. En ce sens, elles incarnent une sectorisation vécue et non décrétée — une sectorisation qui émerge aussi depuis les pratiques, pas toujours depuis l'administration. Ce que racontent les témoins, c'est la montée en puissance d'un soin par la relation, d'une clinique du lien, qui précède les mots pour la dire. Ce sont là les premiers jalons d'une transformation plus large, dans laquelle les infirmiers et infirmières ne sont plus seulement les auxiliaires d'un pouvoir médical, mais les artisans d'un soin à hauteur d'humain.

5.5.3 Tenir le lien : présence infirmière et soin par la continuité. À mesure que ces initiatives s'installent dans la durée, il semble se dessiner, dans plusieurs récits, une autre manière de soigner, non toujours explicite, mais perceptible en creux avec celle qui repose sur la relation, la continuité, l'ajustement au quotidien. Le soin ne se limite plus à une suite de gestes techniques ou à la réponse à un symptôme ; il se construit parfois comme une présence incarnée, tissée dans la durée, attentive aux rythmes de chacun·e. Dans les secteurs les plus investis — notamment autour d'Issoire ou dans certaines équipes clermontoises — le lien entre soignant·e et patient·e dépasse le cadre strict de l'hôpital où il est maintenu, prolongé, parfois déplacé, vers les domiciles, les cafés, les lieux de travail, ou simplement dans la vie partagée. Jean-Luc Ambert restitue avec précision cette continuité dans le temps long. Il raconte avoir suivi plusieurs patient·es, hospitalisé·es puis revu·es régulièrement à domicile, parfois pendant des années : « Moi, j'en avais sept ou huit, qui avaient été hospitalisés et

qu'on suivait chez eux » (AJL, 597–599). Il ne s'agissait pas d'interventions techniques à proprement parler, mais de moments de présence, de partage, de vie commune : « On montait à Besse... On ne nous voyait pas de la journée, pratiquement. On mangeait avec eux. Ils nous donnaient à manger chez eux. Ah ouais, c'était sympa comme tout. » (AJL, 600–604). Cette proximité est décrite ici comme l'un des appuis du soin. Elle permet de maintenir une alliance thérapeutique au fil du temps, au-delà des épisodes de crise ou de rechute. L'hospitalisation elle-même se voit, dans certains récits, transformée par cette logique relationnelle. Le retour en service, autrefois plus codifié, peut se faire dans une continuité rendue possible par la souplesse des circuits : « On réhospitalisait les gens sans problème. Pas besoin de passer par les urgences ou l'accueil. J'appelais, je savais combien on avait de lits. Donc je savais si on avait de la place. [...] Le médecin ou l'interne le voyait. » (AJL, 608–614). Cette fluidité ne relève pas d'un dispositif formel, mais d'une confiance mutuelle, d'une organisation informelle, d'une connaissance pratique du fonctionnement collectif.

Les témoignages situent les années de la sectorisation sous le signe d'une proximité organisée et d'un informel assumé. André Merlé en donne une vignette nette — « On allait chez les gens, on payait un coup à boire, on discutait. Tout ça, c'était une logique. » (MA, 654–655) — qui désigne une économie relationnelle ancrée dans les sociabilités ordinaires et la continuité des liens, non une dilution du soin. Dans le même mouvement, Marie-Thérèse Hameau évoque l'appui au « dehors » — « On essayait d'aider les patients à quitter l'hôpital... On les accompagnait pour trouver un appartement en ville. » (MTH, 459–460) — attestant l'extension du soin hors les murs et l'accompagnement des passages. Pour lisser les discontinuités du service, Jean-Michel Poitre rapporte l'organisation de journées continues et d'activités partagées — « randonnées au Puy de Dôme, sorties au cinéma, sport... jusqu'à transformer un terrain de volley pour jouer au tennis » (PJM, 206–209) — qui instaurent un rythme collectif et une présence structurante. Pris ensemble, ces matériaux documentent un

moment de reconfiguration des pratiques : continuité relationnelle, accompagnement dans l'espace social, mise en rythme des collectifs. Ils signalent, à intensité variable selon les secteurs, l'amorce d'un accroissement du pouvoir d'agir infirmier, rendu possible par la dynamique de la sectorisation et par un contexte socio-économique encore porteur, sans pour autant constituer un « âge d'or ». Dans ce contexte le soin semble alors avoir pu s'incarner, dans une organisation du temps, une attention à l'oisiveté, un souci de continuité. Ce qui se joue ici n'est pas encore nommé comme clinique du lien, mais plusieurs récits en suggèrent les effets. La relation, la confiance, la fidélité deviennent, pour certain·es, des vecteurs thérapeutiques à part entière. Dominique Vigier le résume ainsi : « Ce qui changeait, c'était l'ouverture vers l'extérieur. [...] Tout ce qu'on faisait en intra devait avoir une continuité en extra-hospitalier. » (VD, 531–533). Le soin cesse alors, dans ces situations, d'être un acte ponctuel ; il prend la forme d'un fil, d'une présence, d'un engagement dans la durée.

À travers les récits que j'ai recueillis et dont j'ai donné quelques extraits, ce n'est pas une nouvelle définition formelle du soin infirmier psychiatrique qui s'est ainsi imposée à la fin des années 1970 à Sainte-Marie, mais plutôt l'esquisse d'une autre manière de l'habiter. Un soin moins commandé de l'extérieur, plus situé, porté, vécu. Un soin qui échappe partiellement aux protocoles, mais qui prend consistance dans les relations établies, les habitudes partagées, les visages connus. Il ne s'agit pas ici de poser une rupture ou une redéfinition uniforme, mais de reconnaître, dans certains espaces et dans certaines pratiques, la possibilité d'un déplacement du rapport au soin. Une manière d'être là — avec et pour — qui, sans être revendiquée comme telle, s'inscrit dans une dynamique discrète de reconfiguration du rôle infirmier, en tension avec les cadres prescrits.

5.5.4 Faire ensemble : ateliers, médiations et réhabilitation en pratique. Dans le prolongement du soin par la relation, plusieurs témoignages révèlent une autre dimension de la transformation du soin psychiatrique : celle des activités partagées, des ateliers, des

médiations collectives, que j'ai déjà évoqués plus haut mais sur lesquels je vais à présent m'attarder. Ces pratiques, souvent initiées à partir des années 1970, s'installent dans les marges de l'institution, sans modèle préétabli. Elles s'ancrent dans le concret, le geste, le rythme — et participent, discrètement mais durablement, au déplacement du soin hors des logiques strictement médicales. Dès la fin des années 1970, André Tapissier investit deux bâtiments inoccupés pour y développer une série d'ateliers : vannerie, bois, ferronnerie. Il y installe aussi un petit bureau pour accueillir les patients, à distance du service. « C'était pas un travail, mais c'était du concret, du faire » (TA, 439–444). Ces lieux ne naissent pas d'un projet institutionnel, mais d'un élan professionnel porté par les soignants eux-mêmes, avec l'appui discret de la hiérarchie religieuse. Ces initiatives s'inscrivent dans une époque où la sectorisation commence à se mettre en place. Elles participent, en actes, à une forme de démedicalisation du soin et elles déplacent l'attention vers la vie quotidienne, la coopération, le faire ensemble. Gilles Ranoux souligne que les médiations les plus simples — jouer aux cartes, prendre un café — sont souvent les plus riches : « On découvrait bien plus sur eux en jouant aux cartes qu'en remplissant des dossiers sur ordinateur » (RG, 142). La clinique s'élargit, n'étant plus cantonnée à l'entretien ou à des activités orientées sur la productivité et le travail comme au temps asilaire, mais s'exprimant dans la durée, la coactivité, les liens tissés dans l'ordinaire.

Dans les hôpitaux de jour qui se créent au cours des années 1980, ces pratiques prennent de l'ampleur. Marie-Thérèse Hameau évoque « séances de sport, musicothérapie, cuisine collective, sorties cinéma, entretiens individuels » (HMT, 436–437). Les activités organisent un temps soignant, un cadre structurant pour les patients. Elles relient soin et quotidien, en accompagnant une reprise progressive de l'autonomie. Jean-Michel Poitre témoigne de groupes animés autour du théâtre, de la peinture, de la parole. Il précise : « On établissait un programme hebdomadaire avec eux, et on le respectait » (PJM, 237). Il ne s'agit

pas de distraire, mais de faire exister une autre scène du soin, collective, dynamique, ajustée. Ces pratiques, bien qu'antérieures à la formalisation de la réhabilitation psychosociale, en constituent une matrice empirique. Loin d'être des annexes occupationnelles, elles posent les bases d'un autre rapport au soin : un soin qui s'expérimente dans l'activité, qui se partage, et qui s'ajuste aux capacités du moment plutôt qu'aux manques à combler.

Ce n'est que plus tard que ces pratiques seront nommées, codifiées, puis adossées à des théories issues de la réhabilitation psychosociale — théories qui connaîtront une formalisation internationale dans les années 1990 avant d'être reconnues, en France, par leur inscription dans le cadre législatif et réglementaire à partir de 2017 (Décret n° 2017-1200, 2017 ; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019). Mais dans les années 1980, les infirmier·ères psychiatriques sont déjà nombreux·ses à en porter les intuitions, parfois sans en disposer encore du vocabulaire. La réhabilitation, dans ses formes précoces, ne s'invente pas dans les circulaires, elle se vit dans les ateliers, dans les rythmes partagés, dans la reprise de gestes du quotidien. Jocelyne Lamy, formée par Hery Rajaonson, décrit une transformation plus fine encore : celle de la posture du soignant. Le changement ne concerne pas seulement ce que l'on fait, mais comment on se situe face au patient, dans la construction du soin. Elle raconte : « Il [Hery Rajaonson] ne leur montrait pas comment faire, il leur demandait : comment tu t'y prendrais ? » (LJ, 405–410). Ce petit déplacement dans l'adresse, ce refus de l'injonction au profit de la sollicitation, ouvre un espace inédit : celui où le soin devient expérimentation partagée, soutien au choix, à l'erreur, à l'initiative. Dans ces services à Clermont-Ferrand, à la fin des années 1970 et au début des années 1980, cette co-construction préfigure ce que la réhabilitation psychosociale formalisera plus tard et s'inscrit dans une logique du *care* faite d'attention, de responsabilité et d'ajustements continus. Le soin vise alors moins la conformité procédurale que la création de conditions où la personne peut reprendre prise sur sa vie quotidienne. L'ampleur reste locale et inégale selon les équipes,

mais ces pratiques constituent une matrice située dont les théorisations ultérieures expliciteront les principes. Dans certains secteurs, cette dynamique se prolonge hors des murs de l'hôpital, à travers des séjours organisés avec les patient·es eux-mêmes.

5.5.5 Les séjours thérapeutiques : une autre scène du soin infirmier. Parmi les pratiques évoquées, les séjours thérapeutiques apparaissent, dans plusieurs témoignages et dans différents secteurs, comme des moments à part : à la fois exceptionnels et révélateurs d'une certaine manière de concevoir le soin depuis la relation. Ils concernent l'extra comme l'intra-hospitalier et sont le plus souvent organisés en binôme ou trinôme infirmier avec six à sept patient·es (parfois plus), pour cinq à huit jours selon les contextes (XY, 313–332 ; CM, 413–415). Pensés en dehors des cadres habituels, organisés par les équipes elles-mêmes sans modèle formalisé, ces séjours qui émergent dans l'ensemble des témoignages, ne relèvent pas d'une logique récréative. Ils sont décrits comme des espaces partagés, où l'on vit avec les patient·es quelques jours hors de l'hôpital, dans une maison, un gîte, ou même parfois lors d'un déplacement plus lointain. « Certains étaient hospitalisés depuis cinq, dix, quinze ans à Sainte-Marie. Et là, ils ont vu la mer, Paris, ils ont pris le train », se souvient Mr XY, encore étonné de ce que cela avait pu produire (XY, 314–332). Ces séjours ne constituent pas une nouveauté radicale, elles s'inscrivent plutôt dans la continuité de pratiques de proximité déjà engagées. Ce que les équipes construisent là, c'est une manière d'être avec les patient·es qui s'écarte des routines hospitalières : non plus une présence régulée par les murs ou les emplois du temps, mais une cohabitation temporaire, une attention continue, une adaptation constante aux imprévus. Monique Chalençon le résume ainsi : « On faisait les courses avec eux, les repas, on nettoyait, on vivait ensemble pendant cinq ou six jours » (CM, 413–415). Le soin, dans ces moments-là, ne se donne plus uniquement comme une succession d'actes à accomplir, mais comme une façon d'habiter le temps avec quelqu'un. Ces expériences supposent une anticipation importante, souvent élaborée de manière collective et

pragmatique, à distance d'une formalisation institutionnelle. Tout est préparé en amont : composition du groupe, coordination avec un hôpital local, courrier au médecin du lieu. « Le médecin-chef envoyait un courrier au médecin du lieu où nous allions, au cas où un patient ait besoin de soins », précise Chalençon (CM, 398–399). L'équipe évalue les risques, ajuste les choix, discute les possibilités. Corinne Brejnoi évoque le cas d'un patient en hôpital de jour depuis à peine un mois : « On a quand même décidé de le prendre. Il était fragile, mais on pensait qu'il pouvait tenir. On a mal dormi, mais il a tenu » (BJ, 750–754). Dans ce récit, la prise de risque n'apparaît pas comme un écart, mais comme une modalité du soin fondée sur la confiance construite au fil des semaines. Ces initiatives ne dessinent pas un modèle stabilisé, et leur portée ne doit pas être surestimée. Mais elles témoignent, à l'échelle de certaines équipes, d'un soin qui s'invente dans l'expérience partagée, dans les ajustements au réel, et dans la capacité à tenir ensemble un cadre relationnel suffisamment souple pour permettre la rencontre. C'est dans cet équilibre fragile entre sécurité, engagement, et vie commune que certains professionnels disent avoir trouvé un autre espace pour le soin — un espace situé, éprouvé, souvent éphémère, mais porteur.

Du point de vue infirmier, ces séjours demandent un engagement important, tel qu'en témoignent plusieurs soignant·es. Ces derniers et dernières interviennent à plusieurs niveaux : dans l'organisation logistique, l'accompagnement au quotidien, l'écoute des patient·es, et la régulation des dynamiques de groupe. Ils et elles assurent non seulement la continuité du lien, mais aussi une attention fine à chacun·e, dans un cadre souple qu'il leur revient de faire tenir. Dans les récits, ce rôle n'est jamais réduit à une délégation d'activité médicale. Il est décrit comme un soin à part entière, mobilisant savoir-faire, disponibilité, et ajustement clinique. Cette implication, bien que rarement formalisée, structure en profondeur l'expérience de ces séjours. Elle repose sur une confiance partagée : celle nouée avec les patient·es, celle tissée entre collègues, et celle – plus tacite – accordée par l'institution, qui laisse ici une marge de

manœuvre inconnue au temps du fonctionnement asilaire. L'absence de cadre hiérarchique direct ne supprime pas la responsabilité, elle la redirige. Ce sont les infirmier·ères qui observent, qui accompagnent, qui ajustent les postures et prennent soin de l'équilibre collectif. Ce n'est pas une prise de pouvoir, mais une manière de tenir le soin dans un espace incertain. À travers ces engagements, s'esquisse une nouvelle forme de clinique infirmière qui ne dit pas encore son nom, mais qui repose sur l'expérience, la continuité, et la qualité de la présence.

Ces expériences ne vont pas sans susciter de critiques. À leur retour, les équipes font parfois face à des réserves formulées par l'encadrement. Ainsi, la surveillante du service de Monique Chalençon souligne le risque d'un décalage entre le temps du séjour et la réalité institutionnelle : « Parce qu'ils reviennent moins bien. Ils ont été heureux pendant 5 ou 6 jours, et maintenant ils retrouvent la difficulté de l'hôpital » (CM, 287). Cette remarque illustre la tension entre l'ouverture momentanée offerte par ces initiatives et la permanence des contraintes asilaires, vécue comme un retour en arrière difficile pour les patient·es. Derrière cette formule, se dit une crainte bien connue de faire entrevoir un dehors impossible à tenir. Mais les équipes qui ont mis en place ces séjours ne cherchent pas à promettre un ailleurs illusoire. Elles assument l'écart, parce qu'il est soutenu, pensé, accompagné. Le soin, ici, ne consiste pas à protéger du monde, mais à y ouvrir, pas à soustraire à la vie, mais à s'y engager autrement.

Les séjours thérapeutiques rapportés dans les entretiens ne constituent pas une rupture franche avec l'institution, mais prolongent certaines dynamiques déjà observées dans les soins de proximité. Ils introduisent un cadre temporaire où, d'après les témoignages des soignant·es de Sainte-Marie recueillis pour cette enquête, la relation soignante pouvait s'éprouver autrement pouvait s'éprouver autrement que dans l'espace hospitalier : dans la cohabitation, les activités partagées, l'attention aux rythmes individuels. Dans ces espaces, le

soin ne se réduit plus à l'application d'un protocole, mais s'élabore dans l'expérience vécue, dans l'adaptation continue, dans la présence soutenue. Lors des sorties en dehors de l'institution, les infirmier·ères de Sainte-Marie paraissent, au cours des années 1980, être parvenu·es à faire exister un espace différent, où est advenu un modèle de soin qui ne se réduisait plus à l'application d'un protocole, mais s'élaborait dans l'expérience vécue, dans l'adaptation continue et dans la présence soutenue. Les infirmier·ères disent avoir réussi à y tenir une place particulière, qui n'était plus celle de simple exécutant·es des ordres médicaux. Leur rôle s'élargissait au-delà des prescriptions, à travers l'organisation logistique, la régulation collective, la capacité à maintenir une continuité.

Cette posture me paraît témoigner d'une autonomisation en marche qui, bien qu'informelle, s'exerçait pleinement dans le déroulement des séjours. Les patient·es y participaient ainsi activement. Leur implication ne relèvait pas d'une simple adhésion, mais d'une manière de s'orienter, de négocier, d'habiter une relation clinique moins asymétrique. Le soin, dans ce contexte, s'inscrivait ainsi dans une coprésence structurée, où chacun·e était amené·e à tenir un rôle. Dès lors, ce qu'à mon sens ces pratiques permettent d'observer, c'est l'émergence d'un autre mode d'exercice professionnel, encore peu théorisé mais déjà opérant. Il ne s'agit pas encore d'un pouvoir d'agir explicitement revendiqué, mais d'une forme de responsabilité ancrée dans le lien, dans la confiance, dans la continuité. Ces séjours n'instituent pas à eux seuls une transformation du rôle infirmier, mais ils en révèlent certaines lignes de force. Si les séjours thérapeutiques permettent d'observer une forme de déplacement du soin vers des espaces moins institutionnels, d'autres pratiques infirmières poursuivent cette logique dans la durée, au sein même des services. Parmi elles, le suivi individualisé de certain·es patient·es par un·e soignant·e référent·e témoigne d'un engagement dans le temps long, appuyé sur la connaissance clinique partagée, la fidélité relationnelle et une mémoire incarnée du soin.

5.5.6 Accompagner dans le temps. Dans le prolongement des pratiques de proximité, une dynamique plus discrète mais déterminante émerge dans plusieurs récits : celle d'un soin envisagé à l'échelle d'une trajectoire singulière, dans la durée, et non plus seulement dans la quotidienneté collective du service. À mesure que les relations se stabilisent entre infirmier·ères et patient·es, que le lien se renforce, que l'expérience s'accumule, se dessine une manière différente d'habiter la relation de soin. Elle ne se traduit pas par un changement de statut ou de rôle formel, mais par une posture d'accompagnement suivie, ajustée, individualisée. Le rôle de référent·e, sans être nommé ni institué, devient une modalité d'engagement soignant reconnue dans les usages, et parfois même organisée collectivement. Cette fonction s'invente à bas bruit, dans la confiance établie au fil des contacts, dans la mémoire des épisodes partagés, dans la capacité à faire lien et à le maintenir. Francine Longerinas le dit simplement : « Je les connaissais bien, je savais comment ils réagissaient. Et eux savaient que s'ils avaient un problème, c'était moi qu'ils venaient voir » (LF, 173–177). Dominique Vigier insiste sur cette connaissance intégrée au soin : « On connaissait le contexte, la famille, les habitudes » (VD, 540–543). Le soin relationnel devient un fil conducteur, un point d'ancrage, une présence stable dans des parcours marqués par les ruptures.

Cette inscription du soin dans la durée s'accompagne d'un travail de mémoire clinique, d'abord informel. Certains soignant·es se souviennent d'un détail, d'une date, d'un comportement récurrent, non pour le consigner dans un dossier, mais parce qu'il constitue un repère. L'anamnèse se construit à partir de la relation, et s'écrit dans le corps du soignant avant de s'inscrire ailleurs. Plusieurs témoins évoquent la manière dont cette mémoire était partagée oralement dans l'équipe, transmise d'un·e collègue à l'autre, transcrite parfois dans de petits carnets personnels ou en marge des plannings — des matériaux aujourd'hui indisponibles, une large part ayant été détruite, comme l'a confirmé l'archiviste du CH

Sainte-Marie. Ce savoir reste diffus, mais collectif. A Sainte-Marie Clermont-Ferrand, c'est dans ce contexte que se développent pour de nombreux témoins, à partir du début des années 1980, les premières formes d'écriture clinique infirmière, bien avant leur pleine formalisation — d'abord via des incitations et des exigences de traçabilité intégrées au rôle propre (France, 2002), puis dans un cadre déontologique rendant obligatoire l'établissement d'un dossier de soins pour chaque patient (France, 2016). Jean-Michel Poitre se souvient que son équipe avait initié la rédaction de projets de soins informels, discutés avec les patient-es : « On écrivait les choses, même si ce n'était pas demandé. C'était une manière de penser ensemble » (PJM, 272–275). Jocelyne Lamy évoque avec enthousiasme l'arrivée des dossiers de soins : « Quand on nous a introduit les dossiers de soins, j'ai trouvé ça formidable : enfin, on allait pouvoir écrire ! » (LJ, 219) (Figure 10 ; Archive, AM-1).

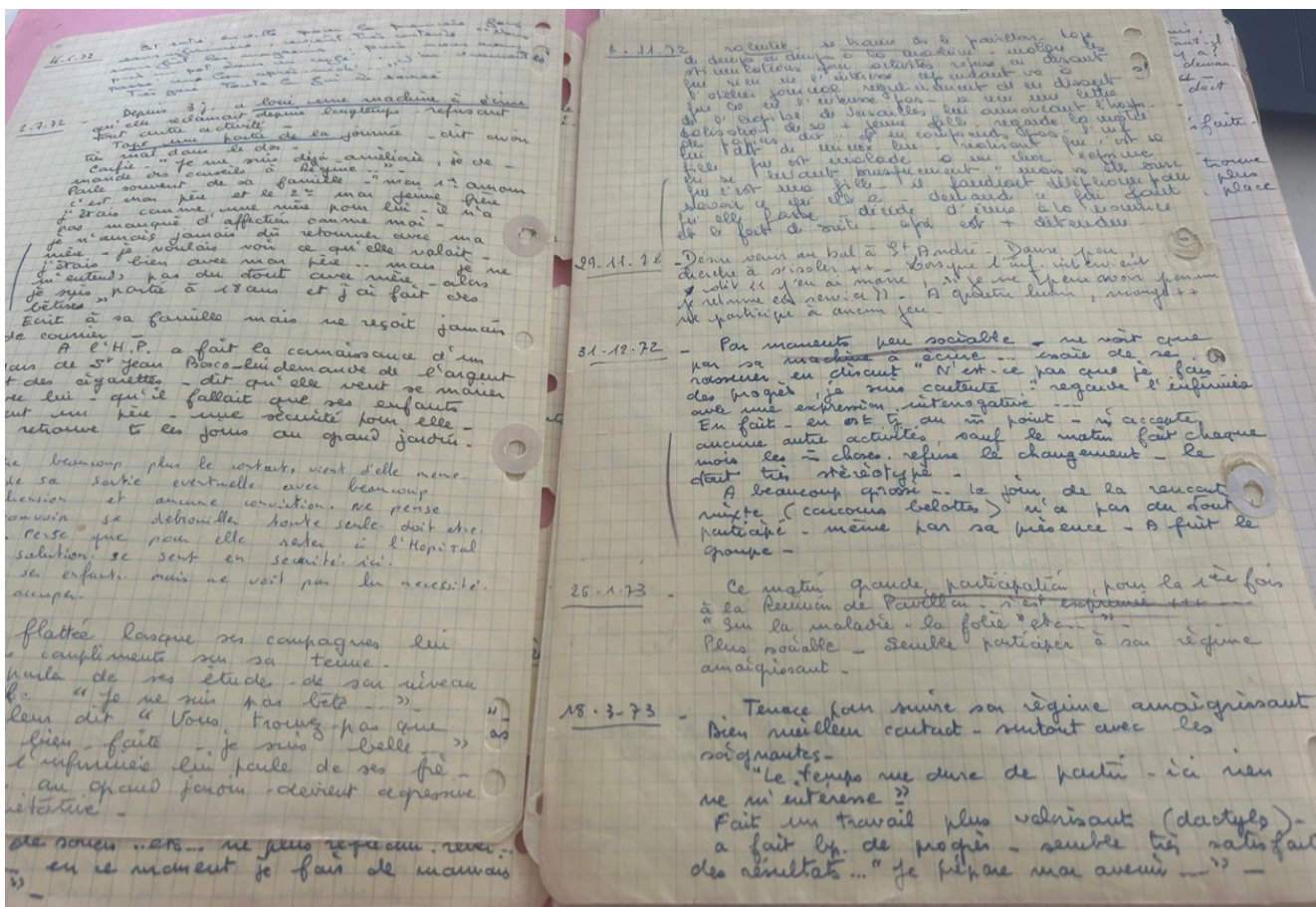


Figure 10. Observations infirmières (1972–1973), dossier de soins. Archives départementales du Puy-de-Dôme, H-dépôt 14-9-W-15 (Archives, AM-1).

Loin d'être perçue comme une surcharge ou une surveillance, cette écriture est alors envisagée comme un levier permettant de transmettre, de structurer le soin et de rendre visible ce qui, jusqu'ici, restait diffus. Ces pratiques d'écriture restent hétérogènes comme le montre notamment les dossiers médicaux explorés³⁰ (Archive, AM-1), mais elles traduisent un déplacement où la parole infirmière ne se limite plus à l'oral, elle cherche à s'inscrire, à circuler, à faire trace. On n'y trouve pas encore de théorie du soin, mais une attention aux détails, une mémoire des situations, une manière de garder vivant un savoir fragile. Le soin ne se donne plus seulement à voir dans le geste, mais commence à s'élaborer dans le récit, dans la reformulation collective, dans la capacité à raconter ce qui se passe et ce qui tient.

Ce n'est pas un hasard si ces formes de suivi individualisé, de mémoire clinique et d'écriture partagée s'ancrent dans des secteurs relativement stables, où les équipes ne sont pas constamment bouleversées par les rotations ou les absences. Ces postures supposent du temps, une attention soutenue, et une fidélité au collectif. Dans le contexte étudié, ces pratiques ne se sont pas instituées d'en haut ; elles ont tenu parce que les soignant·es y tenaient, iels s'y engageaient, car iels y croyaient, parce qu'iels y voyaient une manière juste de faire leur métier. Alain Frobert, rapportant les mots d'un patient, cite cette phrase adressée à l'une de ses collègues : « C'est avec elle que je voulais parler. Elle me comprenait » (FA, 372–374). Cette reconnaissance silencieuse, parfois fugace, dit beaucoup de la densité du soin relationnel dans ces contextes. Ce soin n'est pas encore nommé comme clinique propre, mais il en porte les linéaments. Il ne revendique pas un pouvoir, mais il tisse une position. Il ne prétend pas à l'expertise, mais il construit un savoir. C'est dans cette mémoire incarnée, dans cette parole qui commence à se transmettre, que se creuse une place pour un soin infirmier psychiatrique qui ne soit plus seulement exécutable, mais interprétable, partageable,

³⁰ Le corpus d'archives — non exhaustif — met en évidence une forte hétérogénéité entre secteurs, tant quant à la qualité et au volume des observations infirmières que quant à la date de leur première apparition dans le dossier de soins.

et peu à peu revendiqué. Un soin qui, sans encore se dire comme empowerment, en constitue peut-être déjà l'un des supports les plus durables.

5.5.7 Travailler la nuit : isolements, présences et marges du soin. À rebours des dynamiques diurnes de circulation, d'ouverture, d'ajustement progressif du soin à la personne, le travail infirmier de nuit conserve, entre 1970 et 1990, certaines caractéristiques d'un monde hospitalier plus cloisonné, plus vertical, et souvent plus solitaire. Ce moment institutionnel particulier, peu visible dans les rapports, rarement valorisé par les directions, apparaît dans les récits comme un espace-temps ambivalent : à la fois relégué et peu traversé par les réformes, tout en étant, dans le même temps, marqué par des formes de soin profondément humaines, discrètes, voire intimes. Plusieurs témoignages évoquent la discontinuité structurelle du travail de nuit. Evelyne Daudin décrit le fait d'être affectée chaque nuit dans des unités différentes, sans repères, sans relais, parfois sans information claire : « Certains services étaient très lourds, et on pouvait passer cinq nuits d'affilée dans trois unités différentes » (DE, 304–306). Jocelyne Lamy raconte son retour en poste de jour après dix ans de nuit, avec le sentiment d'avoir été écartée des évolutions collectives : « J'ai eu l'impression de revenir comme une stagiaire » (LJ, 241–244 ; 377–378). La nuit, les temps de concertation, les projets d'équipe, les ajustements cliniques ne pénètrent que très peu. C'est un travail isolé, où les cadres de référence se réduisent parfois à l'urgence et à l'habitude. Cet isolement n'empêche pas le soin, il le transforme. Dans l'absence de cadre formel, des formes spécifiques de relation soignante nocturne émergent. Evelyne Daudin évoque ces patient·es qui attendent l'infirmière de nuit comme un moment singulier : « La nuit, on avait des échanges qu'ils n'avaient jamais avec l'équipe de jour. C'était plus intime, plus personnel. Ils attendaient "leur" infirmière » (DE, 233–239). Jocelyne Lamy parle de discussions « parfois longuement, sans que ce soit du soin à proprement parler, mais avec une

vraie écoute » (LJ, 336–337). La nuit devient alors un espace de cliniques ténues, de confidences imprévues, de gestes lents qui tissent le lien.

Ces formes de soin n’effacent pas les tensions ainsi que la fonction de surveillance qui reste traditionnellement dévolue au personnel de nuit. L’infirmier·ère de nuit reste ainsi souvent seul·e face aux urgences, sans relais immédiat. Evelyne Daudin rapporte avoir dû gérer une tentative de pendaison ou un patient dissimulant ses comprimés dans un transistor, en pleine nuit (DE, 221–227). Cette solitude crée une charge émotionnelle difficile à partager. Elle expose aussi à des formes de relâchement organisationnel. Jocelyne Lamy évoque une nuit où « certains font un peu n’importe quoi » (LJ, 79), tandis que Evelyne Daudin relate des cas d’infirmières endormies, absentes, ou même alcoolisées, dans un climat d’autogestion implicite (DE, 435–446) et de soins en refonte. Pourtant, malgré ces zones grises, la présence infirmière de nuit continue de se définir comme une forme de soin en soi. Ce n’est ni un soin prescrit, ni un soin valorisé, mais un soin qui existe dans le maintien d’une veille, d’un rythme, d’un passage répété. Ces pratiques nocturnes, peu visibles dans les discours institutionnels, dessinent une clinique silencieuse, fondée sur la constance, l’écoute et la reconnaissance mutuelle. Elles forment un contrechamp précieux aux dynamiques diurnes d’ouverture. Non pour les contester, mais pour en révéler les limites, les zones d’ombre, et rappeler qu’une transformation du soin infirmier ne peut se penser sans ses marges. Si les récits de nuit ne portent pas les promesses d’émancipation collective décrites ailleurs, ils rappellent que le soin s’invente aussi dans des temporalités marginales, dans des espaces peu visibles, dans des gestes tenus sans témoin. Ce qui se joue là, souvent en creux, prolonge autrement les dynamiques relationnelles décrites jusque-là, tout en en révélant les fragilités. À travers ces tensions silencieuses, c’est une certaine manière d’habiter le soin qui se maintient, parfois à contre-courant, mais toujours au plus près de la relation.

En somme, les récits recueillis dépeignent, entre 1970 et 1990, un soin infirmier psychiatrique travaillé par des tensions, porté par des collectifs engagés mais jamais à l'abri des cloisonnements ni des silences institutionnels. Dans cette temporalité longue, les figures d'accompagnement, les dynamiques relationnelles, les médiations du quotidien et les responsabilités cliniques prennent forme sans toujours se dire ni se revendiquer : c'est là qu'affleure une logique du *care* — attention soutenue, ajustements continus, souci de la continuité — souvent présente dans les pratiques, rarement nommée comme telle. À Clermont-Ferrand, il ne s'agit pas d'un basculement programmé, mais d'un déplacement progressif du soin : de l'exécution vers l'ajustement, de la répétition vers la mémoire, de la seule cure vers un *care* situé, co-construit avec les acteurs et les patients. Ces mouvements demeurent fragiles, tributaires d'équipes et de contextes précis, mais ils laissent entrevoir les linéaments d'un pouvoir d'agir infirmier en construction. Cet édifice reste cependant instable : ce qui le soutient — reconnaissance implicite, mémoire d'équipe, formation spécifique — peut aussi se déliter. La période suivante, telle que la rapportent les témoins, en éprouvera les contours, donnant à voir ce qui se perd, ce qui se défait et ce qu'il reste à tenir

5.6 Ce que 1992 vient refermer

Ce qui précède laisse apparaître, en creux, une posture soignante en recomposition. À travers les pratiques relationnelles, les initiatives territoriales, les gestes du quotidien, les infirmiers et infirmières de secteur psychiatrique (ISP) dessinent, entre les années 1970 et 1990, une manière singulière d'habiter le soin. Ces gestes ne forment pas un corps théorique stabilisé, mais s'inscrivent dans une culture professionnelle située, faite d'engagement, d'expérimentation, d'attention au patient et au collectif. Ils peignent les contours d'une présence clinique qui se tient dans les marges, sans toujours se dire, ni se revendiquer.

Toutefois cette dynamique, bien que porteuse, ne repose que sur un équilibre fragile. Elle se heurte aux transformations silencieuses de l'institution, aux failles de la transmission,

aux effets du désengagement administratif. Elle s'effiloche parfois dans la durée, se délite dans les départs, les cloisonnements, les conflits de légitimité. Le changement ne prend pas la forme d'une rupture immédiate, mais d'un effacement progressif, dont l'année 1992 vient cristalliser la portée symbolique. Car ce moment, plus qu'une réforme technique, marque dans les récits une perte de reconnaissance, une mise en question de ce qui faisait la spécificité du métier. Avec la disparition du diplôme ISP (Archive, AP-3), c'est une forme d'altérité professionnelle qui se trouve absorbée dans une logique d'uniformisation. Le glissement est vécu diversement. Pour certain·es, il constitue une atteinte frontale à l'identité professionnelle ; pour d'autres, un compromis acceptable ; pour d'autres encore, un soulagement attendu. Mais dans tous les cas, il reconfigure les cadres de pensée du soin, les repères collectifs, et les formes de subjectivation professionnelle. La suite de cette section s'attache ainsi à explorer ce basculement, à travers l'exemple clermontois les paroles des témoins qui y ont vécu cette transition, mais aussi par l'analyse d'un témoignage rare et déterminant, celui de Dominique Letourneau qui fut directement impliqué dans les négociations au niveau national. Son récit apporte donc un éclairage clé sur les mécanismes politiques, syndicaux et idéologiques qui ont conduit à la suppression du diplôme ISP. Il constitue, à ce titre, une ressource historique essentielle pour comprendre ce que 1992 vint refermer en France pour la profession infirmière psychiatrique.

5.6.1 1992, angle mort d'un basculement professionnel. La disparition du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP) en 1992, actée par décret dans le cadre de la réforme de la formation infirmière, constitue un événement structurant — et pourtant peu exploré — de l'histoire contemporaine du soin psychiatrique en France. En instaurant un diplôme d'État unique pour l'ensemble de la profession, cette réforme met un terme à une filière de formation différenciée, à une culture professionnelle construite dans la psychiatrie de secteur, et à une reconnaissance implicite de la spécificité infirmière en santé mentale.

Pour nombre de soignants, ce basculement marque la fin d'un cadre identitaire, sans pour autant ouvrir de perspectives de spécialisation claires. Or, cet épisode, central dans les récits professionnels, demeure étonnamment absent des analyses historiques, comme si cette rupture avait été pensée, mise en œuvre, puis oubliée dans le silence. En l'absence d'archives consistantes et de production institutionnelle sur le sujet — du moins à ma connaissance et en l'état actuel des recherches —, les récits de première main occupent une place décisive.

Le témoignage de Dominique Letourneau constitue une source orale de premier ordre. Infirmier psychiatrique à Créteil à la fin des années 1970, il s'engage rapidement dans les cercles associatifs et politiques autour de la réforme de la formation. C'est à l'occasion d'une journée d'étude organisée à Créteil en 1987 qu'il rencontre André Tapissier, Didier Dupeux et Dominique Vigier, figures militantes de l'Association nationale française des infirmiers psychiatriques, fondée en 1982 à Clermont-Ferrand et devenue fédération (ANFIP) en 1987 (Archive, AA-1). De cette rencontre naît un dialogue fécond entre ancrages cliniques et réflexions politiques : « Ils sont montés à Créteil [...] on a sympathisé, car on portait les mêmes questions, mais chacun avec ses moyens. [...] J'étais un électron libre, et ça a créé une vraie synergie » (LD, 93–99). Dominique Letourneau s'inscrit dès lors dans une dynamique de mobilisation articulant expertise soignante, engagement intellectuel et participation active aux discussions ministérielles. Il initie notamment la première Maîtrise de sciences et techniques en santé mentale en 1987, conçue comme un espace de structuration universitaire des savoirs infirmiers : « C'est ainsi qu'a été créée la première Maîtrise de sciences et techniques en santé mentale. Elle s'adressait aux infirmiers en reprise d'études, mais aussi aux éducateurs et assistants sociaux » (LD, 54–61). À la croisée des sphères clinique, académique et politique, son récit permet de reconstituer les jeux d'acteurs, les tensions doctrinales et les arbitrages techniques qui ont conduit à la suppression du diplôme ISP — un processus aux effets professionnels durables, encore peu documenté dans l'historiographie.

Cette réforme ne résulte ni d'un effacement progressif, ni d'un consensus. La fin des années 1980 est au contraire marquée par une intensification des tensions, où les ISP tentent de faire entendre une voix spécifique, au croisement des enjeux de reconnaissance, de légitimité et d'avenir professionnel.

En France le contexte se tend à partir de 1988. Une réforme du statut des infirmiers hospitaliers est en préparation au sein de la fonction publique. Les discussions portent notamment sur les grilles indiciaires, les conventions collectives et les conditions d'exercice, dans un climat de mécontentement croissant. La période est perçue comme une fenêtre d'opportunité stratégique pour plusieurs collectifs professionnels, dont les infirmiers de secteur psychiatrique. Dominique Letourneau décrit avec précision l'option tactique choisie par l'ANFIP, qu'il nomme « entrisme » — soit la volonté de participer activement à la mobilisation collective, non pour se fondre dans la masse, mais pour faire exister une parole spécifique dans l'espace des revendications générales : « L'idée, à l'époque, c'était de faire de l'entrisme, un réflexe culturel autant syndical que politique. [...] Si nous voulions porter une proposition pour les infirmiers psy, nous devions être dans le mouvement » (LD, 227–228). Cette stratégie s'illustre de manière spectaculaire lors des grèves de l'automne 1988, au cours desquelles plus de 300 000 infirmiers et infirmières manifestent dans les rues, un tiers de la profession. « Je ne me souviens plus de la date exacte, mais fin septembre, il y avait 100 000 infirmières à Paris. [...] En tout, 300 000 infirmières ont manifesté. Les pouvoirs publics ont paniqué. [...] C'était un tiers de la profession dans la rue » (LD, 231–236). La manifestation réunit un front large : la Coordination Infirmière, l'UNASIIF (Union Nationale des Syndicats Autonomes des Infirmiers et Infirmières de France), la CGT, FO, ainsi que de nombreuses associations professionnelles. L'ANFIP, loin d'être marginale, prend alors une part logistique et politique active : « La manifestation réunissait la coordination infirmière, l'UNASIIF, et d'autres organisations [...] nous étions chargés du service d'ordre. ». Cette

implication logistique de l'ANFIP dans la gestion du dispositif sécuritaire lors des mobilisations de 1988 n'est pas anodine. Elle s'inscrit dans un registre symbolique ancien, attaché à la figure de l'infirmier psychiatrique, souvent perçu — et parfois caricaturé — comme le « gardien » de l'ordre asilaire, plus proche de la contention que du soin. Dans les imaginaires professionnels de la psychiatrie publique, les ISP héritent en partie de cette représentation : présence physique rassurante ou menaçante, rôle tacite de régulation, rarement associé à la parole ou à la revendication. En assurant le service d'ordre de la manifestation, sans chercher la tribune ni la visibilité médiatique, les représentants de l'ANFIP renforcent cette posture de présence stable, enracinée dans une culture de la tenue, de l'encadrement, de la veille. Mais ils ne s'y enferment pas. Ce rôle, assigné dans les représentations collectives, devient ici un vecteur d'accès à la légitimité politique. C'est précisément parce qu'ils acceptent de tenir la ligne de sécurité que les ISP gagnent une place dans l'espace des négociations. La tension entre stéréotype hérité et fonction stratégique est assumée, lucidement : « Ce n'était pas la peine de chercher à se mettre en avant, l'important était d'être là [...] C'était assez naturel, nous avons l'habitude de gérer ce type de situation » (LD, 239–241). Dominique Letourneau insiste sur la place singulière prise par l'ANFIP dans cet épisode, qui lui a permis d'asseoir sa légitimité comme représentant spécifique du champ psychiatrique au sein des débats généraux sur l'avenir du soin : « C'est là que l'ANFIP a joué un rôle important pour porter la voix des infirmiers psy. Sans cette structuration, la psychiatrie aurait été mise de côté dans les négociations » (LD, 247–248).

L'ANFIP élargit donc son spectre, et dépasse la seule revendication statutaire. Elle devient un lieu d'articulation entre mobilisation clinique, réflexion politique et action syndicale. C'est dans ce cadre que Dominique Letourneau accède à une position d'interface avec l'appareil ministériel, notamment grâce à sa proximité avec Marcel Atlan, ex-ISP devenu conseiller technique au cabinet de Claude Évin : « J'ai pu établir un dialogue avec

Marcel Atlan. [...] Nous avons souvent des informations de premier niveau sur les décisions à venir » (LD, 294–295). À la même période, le collectif ANFIP — où il s’investit — est associé aux échanges préparatoires et contribue, à son échelle, aux négociations entourant l’élaboration de la loi de 1990 (France, 1990). Mais cet équilibre fragile s’effondre en 1991. Michel Rocard quitte Matignon, Claude Évin est remplacé au ministère de la Santé, et Marcel Atlan quitte ses fonctions. Bruno Durieux reprend le portefeuille de la Santé, assisté de Mme Bressan comme conseillère technique, dont la méconnaissance du champ psychiatrique est rapidement relevée par les acteurs. Ainsi, lors d’une visite dans un hôpital de jour pour enfants, elle assiste à un repas thérapeutique et conclut par cette remarque devenue emblématique : « j’ai bien vu un repas, mais rien de thérapeutique » (Collectif national de mobilisation en psychiatrie, 1996, p. 12). Dans un contexte économique sous tension — effets persistants des chocs pétroliers, contraintes budgétaires et rationalisation gestionnaire —, le changement de génération administrative s’accompagne d’un recentrage technocratique des politiques de santé, peu sensibles aux spécificités de la psychiatrie. La Direction générale de la santé (DGS) impose sa feuille de route, sans discussion : « Quand Atlan est parti, tout a basculé. Son successeur ne comprenait rien à la psychiatrie. [...] À partir de là, la DGS a déroulé son agenda : diplôme unique, extinction du secteur psychiatrique » (LD, 474–481). Cette séquence révèle, avec force, la faiblesse des relais psychiatriques dans l’appareil décisionnel, et l’incapacité structurelle à défendre une spécificité pourtant historiquement construite. Elle témoigne aussi de la difficulté, pour une mobilisation issue du terrain, à se pérenniser dans l’espace technocratique, une fois refermée la parenthèse politique ouverte par la rue.

Après 1991, les tensions idéologiques s’intensifient. Trois visions s’affrontent : les tenants du diplôme unique, ceux qui défendent le maintien du diplôme ISP, et une position intermédiaire, portée par Dominique Letourneau et une partie de l’ANFIP, qui propose un

tronc commun infirmier assorti d'une spécialisation en santé mentale : « Trois courants s'affrontaient. Le premier disait : "Les malades psy sont des malades comme les autres." Le deuxième défendait une spécificité forte. [...] Le troisième disait qu'il fallait une base commune, puis une spécialisation » (LD, 128–134). « Comme un psychiatre est d'abord médecin, l'infirmier psy devait d'abord être infirmier » (LD, 381). Cette ligne s'appuie sur les recommandations du Conseil de l'Europe de 1983, qui préconisent un module complémentaire de 1 200 heures pour les infirmiers en psychiatrie. Letourneau travaille à faire reconnaître ce modèle, produit des tableaux comparatifs européens, et plaide pour une spécialisation post-diplôme en lien avec les standards internationaux : « Le Portugal, la Belgique ont mis en place les 1 200 heures recommandées. Nous, rien. [...] En France, on a fermé la porte » (LD, 784–791).

L'équilibre politique bascule peu après. Le départ de Claude Évin et de Michel Rocard en 1991 signe la fin d'un cycle d'écoute. Le ministère durcit sa ligne. La Direction Générale de la Santé impose un diplôme unique, et programme la disparition du secteur psychiatrique comme cadre autonome (LD, 474–481). Dominique Letourneau tente alors de sauver ce qui peut l'être : il négocie la mise en place d'une Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) pour les ISP déjà en poste, et continue de porter, sans succès, l'idée d'un « plus deux » en santé mentale. Mais à ses yeux, l'échec le plus grave réside dans le fait que le diplôme ISP n'ait jamais été inscrit au registre du Conseil de l'Europe, ce qui aurait pu garantir sa reconnaissance : « Le diplôme ISP n'a jamais été déposé au Conseil de l'Europe. Il aurait pu être reconnu. Ce n'était pas un oubli. C'était une décision politique. Pourquoi ont-ils fait ça ? Je n'en sais rien. Je n'en sais rien... » (LD, 806–814). Cette conclusion suspendue — « Je n'en sais rien » — dit tout d'une perte sans explication. Il ne s'agit pas ici d'une dénonciation, encore moins d'un ressentiment, mais d'un trou de mémoire volontaire, d'un

choix de silence étatique, dans lequel la disparition du métier se fait sans débat, sans trace, sans transfert.

Si l'arrêté du 23 mars 1992 (France, 1992) scelle la fin du diplôme ISP et la généralisation du diplôme d'État unique, ses effets ne s'arrêtent pas à une décision réglementaire. En France c'est toute une génération de professionnel·es qui se retrouve confrontée à un nouveau statut juridique et symbolique, prise dans une procédure de régularisation opaque et souvent vécue comme humiliante. Un premier dispositif est mis en place dès le 30 mars 1992 : pour que les ISP puissent accéder au nouveau diplôme d'État, un stage de 3 mois en soins somatiques devient obligatoire. Cette mesure, présentée comme un simple ajustement technique, produit un effet symbolique majeur : elle transforme en « sous infirmiers » des professionnel·es pourtant expérimentés. Aucune exigence équivalente n'est en effet formulée pour les infirmier·ères DE souhaitant exercer en psychiatrie. Le déséquilibre est flagrant. Certains ISP parlent alors de « disqualification » et d'« inversion de légitimité ». Le témoignage de Dominique Letourneau éclaire cette phase de transition comme un compromis technique pensé dans l'urgence : « Que faire des ISP qui n'avaient pas le diplôme d'État ? [...] C'est pour cela que le DE sans secteur psychiatrique a été introduit en 1992. [...] Y compris via une Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) » (LD, 356–359).

Cependant ce point de vue, rationnel et stratégique, ne fait pas consensus. Nombre de témoins évoquent la violence du vécu de cette équivalence. Joëlle Buisson rapporte des expériences de stage vécues comme des mises à l'épreuve : « Moi, j'ai une copine qui a vécu un enfer là-haut... Arriver stagiaire dans un CHU pour cette équivalence, c'était compliqué, très compliqué. [...] Et je crois qu'on nous a finalement donné l'équivalence » (BJ, 1158–1163). Le décalage est frontal entre la vision technocratique de l'ANFIP — qui envisage la VAE comme un levier d'intégration future dans une logique européenne — et le ressenti de

nombreux ISP, contraints de « prouver » une compétence déjà exercée depuis parfois plus de quinze ans. Ce déséquilibre est de nouveau au centre de l'actualité politique à partir de 1994, lorsque Simone Veil accorde l'équivalence automatique à tous les ISP en poste (Collectif CNMP, 1996, pp.92-93). Toutefois cette reconnaissance est à son tour contestée : en 1996, la Fédération nationale infirmière (FNI) et le Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC) déposent un recours, au nom d'une prétendue insuffisance de formation en soins somatiques chez les ISP (1996, pp.109-111). Une nouvelle fracture symbolique s'ouvre, cette fois-ci, au sein du monde infirmier lui-même, entre celles et ceux que l'on décrit comme des « vrais » et « faux » diplômés.

Loin d'être un simple ajustement de cursus, cette période inaugure une ère de déclassement latent, où les anciens ISP se sentent symboliquement rétrogradés. Pour Corinne Brejnoi, cette équivalence équivaut à une forme de relégation : « On nous retirait une reconnaissance. [...] Et tout d'un coup, on nous disait que ça ne comptait plus » (BJ, 929–931). Mais ces écarts de perception ne relèvent pas uniquement de divergences idéologiques ou générationnelles. Ils traduisent aussi la variété des parcours individuels à travers les dispositifs de transition mis en place après 1992. Si certains ISP ont été contraints d'effectuer un stage complémentaire en soins somatiques ou d'initier une démarche de Validation des Acquis de l'Expérience (VAP), d'autres ont pu bénéficier d'une équivalence directe. Plusieurs témoins rapportent avoir simplement retiré leur diplôme d'État en préfecture — sans formation complémentaire ni évaluation — comme ce fut le cas de Gilles Ranoux ou Joelle Buisson, titulaires aujourd'hui d'un « diplôme d'État ISP » obtenu sans remise en question de sa trajectoire (Figure 11 ; Archive, AP-4 ; AP-5).

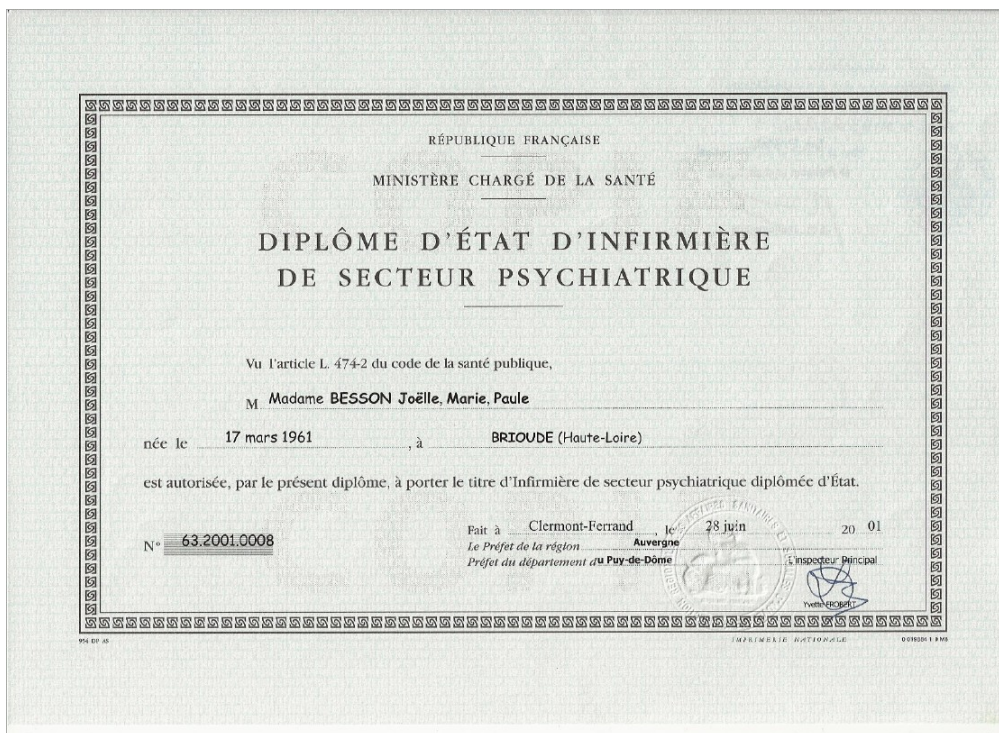


Figure 11. Diplôme d'État d'infirmière de secteur psychiatrique (2001). Archive personnelle de Me Buisson (Archive, AP-5).

Ces modalités multiples, au fil des arrêtés ministériels ont certainement nourri un sentiment de flou, voire d'arbitraire, quant à la légitimité des parcours reconnus.

Au-delà des dispositifs, c'est surtout la fin d'une culture professionnelle qui suscite des affects mêlés. Pour Jean-Pierre Erragne, cette réforme consacre un tournant : « La qualité de soin a chuté. La spécialisation a disparu. [...] On a enterré la psychiatrie sous un diplôme généraliste » (EJP, 725–733). Corinne Brejnoi évoque une dépossession brutale : « On nous retirait une reconnaissance. [...] Et tout d'un coup, on nous disait que ça ne comptait plus » (BJ, 929–931). Me XX, plus radicale, parle d'une « extinction d'espèce » : « C'est comme si on nous avait fait disparaître, sans cérémonie. Une espèce professionnelle qui s'éteint, doucement » (XX, 248–249). À l'inverse, Dominique Vigier voit dans l'unification une opportunité stratégique : « On était plutôt satisfaits, parce que c'était un combat de plusieurs années. [...] L'idée était que maintenant qu'on avait un diplôme commun et reconnu, on pouvait entrer dans une dynamique de spécialisation » (VD, 754–760). Gilles Ranoux, plus

ambivalent, en reconnaît les contradictions : « On disait que c'était une avancée, mais on perdait une partie de ce qui faisait le cœur du métier. [...] Et après, plus rien. Pas de formation psy. Pas de suite » (RG, 577–581). Entre soulagement, colère, lucidité et résignation, la disparition du diplôme ISP n'a pas produit un traumatisme collectif homogène, mais bien une mosaïque de réactions sensibles, souvent silencieuses, parfois contradictoires. Si la disparition du diplôme ISP en 1992 a marqué une rupture statutaire indéniable, elle n'a pas pour autant effacé les appartenances professionnelles. Pour de nombreux témoins, l'identité infirmière psychiatrique ne se réduit ni à un statut administratif ni à une formation spécifique. Elle renvoie à une manière singulière d'être soignant·e en psychiatrie, forgée dans l'expérience, dans le rapport au patient, dans la durée, parfois même au-delà de toute reconnaissance formelle. C'est cette identité, mouvante mais tenace, que les entretiens m'ont permis d'approcher. Non pas comme une essence stable, mais comme une construction située, sans cesse mise à l'épreuve — dans les usages du langage, les références mobilisées, les gestes revendiqués ou minorés, les effets durables de la formation initiale, ou les trajectoires qui s'en sont affranchies. Entre attachement, désaffiliation, reformulation ou indifférence, les récits recueillis esquissent une cartographie complexe de ce que signifie, encore aujourd'hui, « avoir été » ou « se sentir » infirmier·ère de secteur psychiatrique en France.

5.6.2 L'identité professionnelle à l'épreuve du temps. L'identité professionnelle des ISP ne se présente jamais comme une évidence dans les récits recueillis. Elle émerge souvent en creux – à travers l'évocation de pratiques singulières, d'une éthique du lien, ou encore d'une posture clinique spécifique – et se révèle tout autant dans le doute que dans l'affirmation. Pour Didier Dupeux, la question identitaire constitue un « véritable brûlot de pensée » (DD, 577), réduite parfois à une simple déclaration différentialiste : « On n'est pas pareils » – « Une fois qu'on a dit qu'on n'est pas pareils, ça s'arrête là » (DD, 613–619). Le scepticisme

à l'égard de la notion même d'identité se retrouve aussi dans les critiques adressées aux savoirs institués. Didier Dupeux évoque « l'illusion scientifique du soin », tandis qu'Alain Frobert questionne la légitimité épistémologique des sciences infirmières : « Ce n'est pas une science. C'est une pratique. Parce que ça n'a pas d'objet propre » (FA, 587–589).

Alain Frobert incarne une dissidence assumée dans mon corpus. Il affirme ne s'être « jamais vraiment considéré comme infirmier », préférant se définir selon la figure italienne de « l'opérateur social » (FA, 559–561). Ce refus d'une appartenance collective interroge la charge symbolique du terme « infirmier », que Alain Frobert associe à une généalogie disciplinaire asilaire : « Le mot 'infirmier' vient d'infirmes... Et infirmes vient d'enfermer » (FA, 564). La critique ne porte ni sur la psychiatrie ni sur l'acte de soigner, mais sur la fermeture professionnelle qui naît dès lors qu'on tente de figer une identité. Alain Frobert met en garde contre les logiques communautaires : « Aujourd'hui, tout le monde parle d'identité et de communauté. Je trouve ça dangereux. Définir un pré carré, c'est tracer des frontières. Et des frontières, ça veut dire qu'il faut des canons pour les défendre » (FA, 884–899). Il s'oppose frontalement aux tentatives de normalisation portées par l'ANFIP, estimant que leur projet consistait à faire des ISP des infirmiers « comme les autres », là où lui revendique une altérité fondamentale (FA, 574–579). Il ne manque pas cependant d'invoquer la clinique comme axe central de définition individuel et collectif « Moi, je reste persuadé d'une chose : ce qui nous définit, c'est la clinique. C'est notre ancrage. Même si la clinique a évolué, même si elle ne se fait plus au lit du patient, elle reste le cœur du métier. » (FA, 948–950). Une caractéristique forte qui esquisse pourtant un contour identitaire, paradoxalement.

En marge de ces discours critiques sur l'identité infirmière, se dégagent, dans plusieurs récits, des invariants relationnels et éthiques qui, sans figer une essence professionnelle, dessinent une forme de « faire ISP » incarnée dans les gestes du quotidien. Cette forme se fonde moins sur un socle théorique stabilisé que sur une posture

d'engagement, d'écoute et d'attention ajustée à l'autre. Elle repose sur la relation, la médiation, l'humanité partagée — autant de traits relevant d'une logique du *care* — et témoigne d'un rapport au soin plus intersubjectif que technique. Gilles Ranoux insiste sur la distance avec l'approche biomédicale centrée sur la guérison curative, non pour s'y opposer mais pour en déplacer l'axe vers ce qui se construit dans l'ordinaire du lien : « Être infirmier psy, ce n'était pas juste donner des médicaments ou mettre un patient devant la télé. Nous, on jouait aux cartes avec eux, tarot, belote... ça faisait partie du soin » (RG, 141–142). Ce travail de la médiation s'inscrit dans une clinique de la relation, dont il explicite la portée. Dans cette optique, l'ISP est moins un technicien qu'un observateur engagé, tissant avec les patients un lien à la fois quotidien et signifiant. Une orientation relationnelle qui trouve un écho dans les propos de Jean-Pierre Erragne, contestant explicitement l'étiquette même d'infirmier : « Je n'ai jamais compris pourquoi on collait le mot 'infirmier' sur notre fonction. Moi, je me suis toujours senti accompagnant. Mon truc, ça a toujours été d'accompagner la folie, pas d'être en face des patients, mais à côté » (EJP, 740–742). Ce positionnement, fondé sur une horizontalité revendiquée, réoriente la fonction soignante vers une logique de co-présence, de soutien ajusté, de proximité clinique. Il est par ailleurs remarquable que, dans ces récits, la question des psychotropes soit reléguée à la marge, comme si leur présence, pourtant constitutive de l'arsenal thérapeutique de l'époque, relevait d'un impensé narratif. Ce silence relatif ne témoigne pas d'une absence d'usage, mais semble indiquer que les soignant·es attribuent une valeur symbolique et identitaire bien plus forte aux pratiques relationnelles et médiatrices, qui deviennent le véritable prisme de leur mémoire professionnelle.

Dominique Vigier, de son côté, évoque la période de la sectorisation comme une matrice de cette identité en actes une période durant laquelle la réflexion professionnelle s'était construite dans l'interaction entre théorie et terrain : « Il y avait une réflexion intellectuelle sur notre pratique. On essayait de relier nos lectures théoriques à la réalité du

terrain » (VD, 430–431). Plus loin, il évoque la diversité des dispositifs qui avaient alors été mis en place (soins à domicile, unités de transition, hôpitaux de jour décentralisés) comme autant d'espaces de redéfinition du métier : « Tout ça se mettait en place avec une vraie dynamique infirmière. [...] Les soignants savaient ce qu'ils voulaient et revendiquaient leur place » (VD, 414–416). Cette posture professionnelle spécifique semble requérir des qualités humaines et relationnelles que d'autres formations ne développent pas nécessairement ou, du moins, qu'elles développent différemment. Jocelyne Lamy, comparant les ISP aux infirmiers diplômés d'État (DE), affirme : « En psychiatrie, il faut une tolérance particulière, qu'un DE n'a pas forcément ou n'apprend pas toujours. Il faut savoir gérer les patients différemment » (LJ, 467–468). Ainsi, en dépit de leur hétérogénéité, les trajectoires relatées convergent vers une conception du soin comme accompagnement de l'altérité. L'identité ISP se constitue ici non par assignation disciplinaire, mais par un style de présence, un engagement incarné dans la relation, et une capacité à tenir ensemble les contradictions du soin et de la folie.

Parmi les traits structurants de l'identité ISP, la question de la porosité fonctionnelle revient également de manière récurrente dans les récits. Elle ne désigne pas une simple indécision statutaire ou un affaiblissement du rôle infirmier, mais bien une condition constitutive du métier tel qu'il s'est façonné sur le terrain : une capacité à intervenir aux frontières du soin, de l'éducatif et du social, au plus près des besoins spécifiques des patients et des contextes locaux. C'est cette polyvalence relationnelle qui, tout en échappant aux catégorisations classiques, semble à mon sens, fonder une identité située. Jean-Michel Poitre exprime clairement cette tension professionnelle lorsqu'il évoque le décalage entre ses tâches effectives et les attendus du rôle infirmier : « On faisait beaucoup de social aussi. [...] Quand on les accompagne partout, au théâtre, dans les spectacles, quand on leur ouvre le monde extérieur, est-ce que c'est encore un travail d'infirmier ? » (PJM, 767–770). Derrière cette question, ce n'est pas tant la nature du geste qui est interrogée que la légitimité symbolique à

l'exercer en tant qu'infirmier. Cette porosité fonctionnelle provoque également des frictions interprofessionnelles, notamment avec les travailleurs sociaux. Jocelyne Lamy rapporte ainsi les réactions critiques rencontrées lorsqu'elle s'est engagée dans l'accompagnement à l'emploi d'un patient en difficulté : « On nous reprochait parfois de "prendre la place" des assistantes sociales. [...] Elles n'étaient pas très contentes, elles trouvaient qu'on empiétait sur leur domaine » (LJ, 208–209). Ici, la revendication implicite de territorialité professionnelle révèle l'ambiguïté du positionnement ISP : ni totalement soignant, ni totalement éducateur, mais opérant dans l'intervalle. Dominique Vigier, enfin, rattache cette logique de transversalité à la dynamique historique de la sectorisation. En évoquant l'apparition des soins à domicile, des appartements protégés ou des unités de transition, il souligne l'émergence d'une « vraie dynamique infirmière » (VD, 414) et, plus largement, la constitution d'un cadre d'action professionnelle souple, ancré dans la proximité et l'expérimentation. Ce contexte devient le terreau d'une réflexion partagée sur les pratiques : « Il y avait une réflexion intellectuelle sur notre pratique. On essayait de relier nos lectures théoriques à la réalité du terrain » (VD, 430–431). Ce souci d'articulation entre savoirs et expériences illustre que la porosité fonctionnelle n'est pas un effet de contingence, mais une modalité spécifique d'engagement. Ainsi, loin de témoigner d'une perte d'identité, cette perméabilité des rôles apparaît dans les récits comme l'un des fondements du métier. Elle autorise des ajustements continus, une inventivité contextuelle, et une disponibilité à l'autre que ne permettrait pas un cadre professionnel rigide. À travers la figure de l'éducateur, de l'accompagnant ou de l'opérateur social, les ISP dessinent une éthique du soin élargi, où l'attention au sujet prime sur les appartenances professionnelles.

L'identité professionnelle des ISP ne se construit pas uniquement à travers une pratique partagée ou une posture clinique spécifique. Elle se forge aussi dans le miroir que tendent les autres : celui des collègues des services somatiques, des institutions de formation,

des cadres hospitaliers, et plus largement d'une vision dominante du soin centrée sur la technicité biomédicale. Ce regard, souvent condescendant, voire disqualifiant, agit comme un opérateur symbolique puissant — il façonne les subjectivités professionnelles, en imposant des hiérarchies implicites et en assignant les ISP à une position périphérique dans l'ordre soignant. Dominique Vigier se souvient avec précision des tensions rencontrées lors des stages dans les services généraux : « C'était parfois plus difficile dans les services de soins généraux, où on était perçus avec une certaine méfiance. On nous considérait comme des "sous-infirmiers", ce qui pouvait compliquer les choses » (VD, 187–188). Cette méfiance, largement partagée dans les récits, n'était pas simplement interpersonnelle : elle procédait d'un imaginaire social dans lequel l'infirmier psychiatrique représentait une altérité suspecte, voire une anomalie dans le champ de la normalité soignante. Jocelyne Lamy, quant à elle, rapporte l'usage d'une désignation particulièrement stigmatisante dans certains services : « Par rapport aux DE, on disait qu'ils nous considéraient comme des "infirmiers de la serpillière" » (LJ, 121). « Beaucoup de services n'avaient pas d'agent de service hospitalier, donc on faisait le ménage en plus des soins » (LJ, 122). Derrière cette étiquette, se joue une assignation silencieuse à la subalternité, nourrie par le déficit de reconnaissance institutionnelle et par la confusion entre tâches techniques, logiques domestiques et fonctions relationnelles.

Cependant, ce regard dépréciatif ne produit pas uniquement de la désaffiliation. Il peut également susciter des dynamiques de survalorisation identitaire, voire de résistance symbolique. Mr XY, infirmier de formation DE, en propose une lecture dialectique éclairante : « Ils se voyaient comme des sous-infirmiers, et là, ils prenaient leur revanche en affichant leur spécialité » (XY, 180). Une forme de retournement du stigmat social, au sens goffmanien, où les signes initialement disqualifiants deviennent, dans certains contextes, des ressources identitaires et professionnelles (Goffman, 1975). L'injure professionnelle devient

ainsi le point d'appui d'une revendication forte avec celle d'une identité à part, assumée dans sa marginalité, valorisée dans son éloignement des normes hospitalières classiques. Cette dynamique du rejet constitutif trouve un prolongement significatif dans les évolutions institutionnelles qui s'élaborent en France dans les années 1990. Si l'altérité perçue contribuait jusque-là à forger une appartenance professionnelle par contraste, elle va bientôt se rejouer à une autre échelle, plus structurelle encore avec celle des réformes de la formation infirmière. Car le regard hétéronome ne s'est pas seulement exercé depuis les couloirs hospitaliers ou les paroles des pairs. Il s'est aussi inscrit dans les textes, dans les diplômes, dans les logiques de normalisation professionnelle qui, sous couvert d'unification, ont fini par effacer administrativement ce qu'il restait de cette altérité revendiquée.

Ainsi l'identité infirmière psychiatrique ne disparaît pas en France avec la réforme de 1992, elle se reconfigure après cette date sur des bases moins visibles, plus fragmentées, plus instables aussi. Ce qui se maintient relève moins d'une appartenance formalisée que d'une posture construite au fil du temps, dans la mémoire des gestes, dans les usages de langage, dans certaines manières d'être au soin. Ces continuités discrètes n'effacent pas les lignes de rupture, mais elles en complexifient la lecture. Pour mieux comprendre ce qui subsiste, ce qui s'efface ou se transforme, il faut désormais élargir la focale, et interroger plus largement ce que devient, aujourd'hui, le soin psychiatrique lui-même — dans ses formes, ses temporalités, ses collectifs.

5.6.3 Reconfigurations infirmières en psychiatrie. La psychiatrie contemporaine, telle qu'elle est perçue par d'anciens infirmiers et infirmières de secteur psychiatrique français, oscille entre ruptures franches et persistances souterraines. Si les conditions d'exercice, les formes institutionnelles et les pratiques professionnelles ont profondément évolué depuis les années 1970, nombre de témoins s'interrogent sur la cohérence, voire la lisibilité, des transformations en cours. Tous ne partagent pas un regard nostalgique, mais beaucoup

expriment une inquiétude devant l'effritement des cadres cliniques et la dilution des spécificités qui fondaient, selon eux, la singularité du soin psychiatrique. Pour plusieurs témoins, la mise en place du diplôme d'État unique a produit, au-delà de la fusion administrative, une forme d'uniformisation pédagogique qui compromet les compétences spécifiques à la psychiatrie. André Tapissier déplore ainsi que « le diplôme d'État, c'est avant tout une compilation de savoirs, mais on n'apprend pas aux étudiants à penser » (TA, 795), évoquant une formation « très biomédicale », qui « forme des exécutants » plutôt que des soignants critiques (TA, 796–800). Cette critique semble largement partagée par les membres de la génération formée dans les années 1960-1990. Dominique Vigier voit dans cette évolution la perte d'une culture infirmière fondée sur la réflexivité et la relation soignante, tandis que Jean-Michel Poitre observe un basculement vers des gestes techniques déliés du contexte : « Le simple fait de manger avec les patients, ça leur semblait bizarre » (PJM, 784). Ce soin du quotidien, jadis central, se trouve aujourd'hui marginalisé. Sœur Danielle Pezzali nuance toutefois ce constat en soulignant : « Il y a de très bonnes choses. [...] On soigne sûrement mieux aujourd'hui qu'avant. [...] Mais il y a aussi des aspects qui se sont rigidifiés » (SDP, 644–649). Elle perçoit une technicisation croissante du soin, certes utile, mais qui, dans certains cas, vient appauvrir la créativité clinique.

Un constat partagé émerge cependant dans les entretiens où les jeunes infirmiers diplômés d'État (DE) sont techniquement solides, parfois même brillants. Jean-Michel Poitre souligne leur aisance dans la gestion des soins complexes : « Dès qu'il y a une perfusion, un soin complexe, ils sont très à l'aise » (PJM, 778–782). Dominique Vigier reconnaît également les avancées indéniables des contenus de formation : « Les techniques ont évolué, les médicaments aussi. [...] J'ai vraiment confiance dans cette formation » (VD, 873–876). Mais cette reconnaissance cohabite avec un sentiment de décalage, notamment dans la gestion de la relation thérapeutique. Jean-Michel Poitre remarque un effacement des pratiques informelles

et de la proximité avec les patient·es, comme le fait, mentionné plus haut, que les nouveaux soignant·es se mettent à trouver « bizarre » de manger avec eux·elles (PJM, 784). Une distance qui, pour ces témoins, traduit un changement de posture autant que de culture professionnelle. Marie-Thérèse Hameau va plus loin en évoquant ce qu'elle perçoit comme un désintérêt pour le champ psychiatrique : « Ils étaient infirmiers DE, mais pas infirmiers psychiatriques. [...] Ils méprisaient presque la psychiatrie » (MTH, 566–567). Elle relate ainsi l'épisode d'une jeune collègue notant les productions artistiques des patient·es : « C'est une vision du soin totalement différente. Ça ne fonctionne pas comme ça en psychiatrie » (MTH, 596–603). Ce recours à l'évaluation, à ses yeux, inadapté, symbolise une perte de la dimension expressive et relationnelle du soin.

D'autres témoignages appellent à nuancer ce diagnostic. Jocelyne Lamy observe chez certains jeunes une tendance à la sur-maîtrise, voire au contrôle excessif : « Pour eux, il fallait “cadrer” les patients. [...] Ce n'est pas du soin, c'est juste du contrôle » (LJ, 343–346). Mais elle précise également : « Ce n'est pas parce qu'on est DE qu'on n'a pas de compétence en psychiatrie » (LJ, 496). Ce double regard critique et bienveillant traverse de nombreux récits : les jeunes générations ne sont pas vues comme incompetentes, mais comme évoluant dans un contexte radicalement transformé. C'est ce que souligne Jean-Pierre Erragne avec une lucidité désenchantée : « Eux, ils doivent composer avec un autre monde. [...] On ne leur demande plus d'être soignants à tout prix. [...] On leur demande d'être des régulateurs sociaux » (EJP, 835–848). Un monde de procédures, d'objectifs, de parcours fléchés, où la réflexivité et le lien ont parfois peu de place. Cette vision n'est néanmoins pas univoque. Certains anciens ISP reconnaissent aussi la qualité humaine de nombreux jeunes professionnel·les, leur capacité d'écoute, leur engagement sincère dans le soin. Gilles Ranoux insiste sur la dimension processuelle de la relation : « C'est une accroche, quelque chose qui passe, ou pas, mais qui se travaille » (RG, 380–384). Dominique Vigier évoque, chez

certaines nouvelles recrues, une réelle curiosité pour la psychiatrie, à condition d'être accompagnées : « Si on prend le temps de leur transmettre, de leur montrer, ils peuvent s'approprier la posture. [...] Mais il faut un cadre, un collectif » (VD, 878–880). Ainsi, loin d'un rejet binaire, les récits dessinent un entre-deux complexe : celui d'un métier en recomposition, où coexistent habileté technique, incertitude clinique et fragilité identitaire. Les jeunes infirmier·ères ne manquent ni de compétences ni de valeur. Mais iels sont pris dans une mutation structurelle du soin, où l'individualisation, la segmentation des trajectoires et l'affaiblissement des collectifs rendent plus difficile l'appropriation d'un métier historiquement fondé sur le lien et la durée. Cette tension se double d'un questionnement plus large sur la profession : comment une activité historiquement définie par des savoir-faire pratiques et collectifs peut-elle se transformer en une profession reconnue, légitime, et dotée d'une autonomie institutionnelle ? Didier Dupeux propose une lecture plus globale de cette mutation. Pour lui, les transformations de la psychiatrie s'inscrivent dans un changement de paradigme sociétal plus vaste, amorcé dans les années 1990. Il évoque ainsi le déclin de la sociothérapie, du marxisme, et l'émergence du libéralisme comme forme dominante : « Et dans les années 90, la sociothérapie est en perte de vitesse. Le socialisme aussi. Le marxisme aussi. Ce qui s'impose, c'est le libéralisme. [...] La priorité est donnée à l'individu, et non plus au collectif » (DD, 472–477). Selon lui cette vague idéologique a profondément affecté le soin : « Le libéralisme, cette vague idéologique qui a tout balayé, a pénétré tout le monde. Même ceux qui se croient à gauche en sont imprégnés. L'individu est devenu la priorité absolue » (DD, 555–557). Jean-Pierre Erragne, à propos du soin psychiatrique, prolonge ce diagnostic avec amertume : « Enfin, évolué, on peut dire ça comme on dirait d'un cancer qu'il évolue... » (EJP, 887). La psychiatrie, selon lui, a perdu sa fonction de refuge pour les exclus et les inclassables. Elle est désormais assignée à une mission de régulation, d'insertion et de normalisation.

Ainsi, d'après les infirmier·es témoins du passage de l'ancien statut ISP vers le nouveau format post-réforme de 1992, ces mutations ne renvoient pas uniquement à des tensions pédagogiques ou générationnelles. Elles signalent une transformation plus structurelle du métier, qui affecte son autonomie, sa lisibilité, sa capacité à se projeter. Plusieurs témoins évoquent, sans toujours le nommer, un phénomène de désappropriation progressive, forme de *disempowerment* moderne. Francine Longerinas en propose une lecture lucide et sans concession : « On leur facilite trop la vie. [...] Ils ne sont plus capables de s'autonomiser et de se responsabiliser rapidement » (LF, 164–169). Une remarque qui ne vise pas les jeunes eux-mêmes, mais le cadre dans lequel ils sont formés, socialisés, mobilisés. Cette désappropriation est nourrie par la perte des repères collectifs. Dominique Vigier pointe le manque de relais cliniques et d'ancrages partagés : « Avec le turnover actuel, les soignants n'ont pas le temps d'apprendre en profondeur » (VD, 886). Joëlle Buisson, quant à elle, insiste sur l'effacement des espaces informels, ces marges de soin qui échappaient à la quantification : « Il faut faire du chiffre. [...] Tout ce qui était informel, ça n'a plus de place. [...] Ça ne peut pas se quantifier » (BJ, 1037–1044). Là où la psychiatrie permettait autrefois des gestes cliniques libres, des paroles à l'écart, elle semble aujourd'hui s'aligner sur des logiques de rationalisation et de reddition des comptes. L'encadrement lui-même en est fragilisé. Joëlle Buisson évoque une hiérarchie devenue « carcan », où « les cadres ne peuvent plus protéger les équipes » (BJ, 1119–1121). Ce sentiment d'être exposé, non soutenu, mine la capacité des soignants à faire corps, à se reconnaître comme professionnels porteurs de savoirs situés. Il en résulte un affaiblissement du pouvoir d'agir infirmier, aussi bien individuel que collectif. En toile de fond, c'est tout un changement de régime du soin qui se dessine avec un passage d'un métier centré sur la présence, le lien et la temporalité longue, à une fonction de régulation, d'ajustement, d'exécution.

En ce sens, la psychiatrie française contemporaine, telle qu'elle est décrite par les soignants ayant connu la période précédente, se donne à voir comme un espace de tensions multiples : entre transmission empêchée et mémoire persistante, entre maîtrise technique et effacement des pratiques relationnelles, entre inscription collective et repositionnement individuel. Ces mutations, souvent ambivalentes, ne dessinent ni un déclin linéaire, ni un progrès assuré. Elles composent un paysage instable, où se croisent ruptures assumées, continuités fragiles, et tentatives inégales de recomposition. C'est dans cet entre-deux que se rejoue, pour une partie des professionnel·les, le sens et les conditions d'un soin psychiatrique encore à construire.

5.7 Conclusion. Ce que l'histoire fait voir depuis le terrain

Dans ce premier volet des résultats de mon enquête je me suis attaché à documenter, par une approche sociohistorique située et méthodologiquement rigoureuse, l'histoire contemporaine des ISP ayant exercé au Centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand entre 1969 et 2000. En croisant récits de vie, entretiens approfondis et archives personnelles souvent inédites, ce travail m'a permis de restituer par le bas une mémoire infirmière peu représentée dans les discours officiels sur la psychiatrie publique. Si cette démarche n'épuise pas la complexité historique du métier d'ISP, elle offre néanmoins un matériau précieux et nuancé, qui permet d'éclairer ce que les récits institutionnels classiques peinent à saisir pleinement — à savoir les tensions vécues au quotidien, les gestes relationnels informels, les stratégies d'ajustement face aux contraintes, ainsi que les formes de résistance et d'invention déployées au sein même des cadres institutionnels. Mes résultats soulignent particulièrement la richesse d'une histoire professionnelle traversée par des tensions, qu'elles opposent l'exécution à la créativité, l'héritage disciplinaire aux innovations relationnelles, ou encore une identité assumée à des incertitudes liées à la disparition du diplôme ISP en 1992. Ce matériau dévoile une expérience infirmière caractérisée par des savoirs sensibles, souvent

invisibilisés par les institutions, mais néanmoins essentiels à la pratique du soin psychiatrique. Ces savoirs du lien, de la relation et de la continuité, constituent autant d'indices tangibles d'un processus d'empowerment infirmier avec une capacité progressive et souvent implicite des soignant·es à agir sur leur environnement, à prendre des initiatives, à se penser comme acteurs de leur propre pratique.

Cependant, cette première partie s'achève aussi sur un constat préoccupant, en particulier aux yeux de l'infirmier que je suis en plus d'être historien. Les récits des anciens ISP évoquent en effet un sentiment généralisé de dépossession face aux évolutions contemporaines de la psychiatrie française. Derrière cette désappropriation se profile aujourd'hui ce qui peut être lu comme un processus de *disempowerment* infirmier, marqué par une technicisation excessive, un affaiblissement des pratiques relationnelles, une standardisation pédagogique limitant la réflexivité clinique, une perte de reconnaissance des savoir-faire spécifiques, et une difficulté croissante à maintenir des repères collectifs et institutionnels partagés. Le contraste est frappant, car les récits montrent clairement que si le statut d'infirmier psychiatrique connaît aujourd'hui un *disempowerment* marqué, cela n'a pas toujours été le cas. La mémoire reconstruite par les témoignages révèle au contraire qu'à certaines périodes — notamment à partir des années 1970 et jusqu'au début des années 1990 — les infirmier·ères psychiatriques ont pu s'appuyer sur des pratiques innovantes, des alliances collectives solides, et des expériences situées de reconnaissance professionnelle pour renforcer leur pouvoir d'agir.

La seconde partie de mon analyse des résultats récoltés à Sainte-Marie s'intéresse précisément à ce contraste — entre un empowerment historique, subtil mais réel, perceptible y compris dans une institution ordinaire, et un *disempowerment* contemporain. En mobilisant le cadre théorique du processus d'empowerment psychologique développé par Zimmerman, il s'agira d'identifier et d'étudier les déterminants concrets de ce pouvoir d'agir infirmier qui

émergent des récits recueillis. La suite de ce travail—chapitre 6— vise ainsi à comprendre comment, historiquement et subjectivement, ces infirmiers et infirmières ont pu construire, maintenir ou retrouver une forme d'autonomie professionnelle et personnelle, malgré ou grâce aux contraintes institutionnelles de leur époque.

Références

Collectif National de Mobilisation en Psychiatrie. (1996). *Pour la reconnaissance des soins infirmiers en psychiatrie*. Arslan.

Combret, M., Friard, D., Lanquetin, J. & Villeneuve, B. (2022). *Les infirmiers psychiatriques au cœur du soin. Analyses socio-historiques et entretiens avec des professionnels* (1^{re} éd.). Seli Arslan.

Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif aux activités de réhabilitation psychosociale. (2017). *Journal officiel de la République française*, n°0175, texte n° 33.

France. (1955, 28 juillet). *Arrêté relatif à la réorganisation de la formation professionnelle du personnel soignant des hôpitaux psychiatriques: infirmiers et infirmières*. *Journal officiel de la République française*.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000834341>

France. (1973, 16 février). *Arrêté relatif à la formation professionnelle du personnel soignant du secteur psychiatrique*. *Journal officiel de la République française, JORF du 27 février 1973*. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000482718>

France. (1979, 26 avril). *Arrêté modifiant l'arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique*. *Journal officiel de la République française, JORF du 6 mai 1979*.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000669917>

France. (1992, 23 mars). *Arrêté relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier. Journal officiel de la République française.*

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000158224>

France. (2002, 11 février). *Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Journal officiel de la République française.*

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000221367/>

France. (2016, 25 novembre). *Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. Journal officiel de la République française.*

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479578>

France. (1990, 27 juin). *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. Journal officiel de la République française.*

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000532622>

Goffman, E. (1975). *Stigmate: Les usages sociaux des handicaps* (A. Kihm, Trad.). Les Éditions de Minuit. (Ouvrage original publié en 1963).

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019, 16 janvier). *Instruction DGOS/R4 n° 2019-17 relative à la mise en œuvre du décret du 27 juillet 2017 relatif aux activités de réhabilitation psychosociale.*

Chapitre 6 – Cheminer dans le pouvoir d’agir. Un processus d’empowerment psychologique chez les ISP de Sainte-Marie de Clermont-Ferrand (1969-2000)

À l’issue de la partie précédente, une évidence s’impose. Les parcours des infirmiers et infirmières de secteur psychiatrique ne peuvent se réduire à une simple biographie professionnelle. Ce sont des récits de chair et d’âme, habités par des visages, des voix, traversés par des gestes tantôt discrets tantôt décisifs, des renoncements parfois douloureux, des reprises souvent courageuses, des lignes de tension qui restent très souvent dans l’ombre du non-dit. C’est, bien sûr, le cas pour tout professionnel, quel que soit son métier. Toutefois, la part de ce que les soignant·es du secteur psychiatrique laissent dans l’ombre, des gestes quotidiens qu’ils ne peuvent pas revendiquer ni même parfois conscientiser, me paraît excéder largement ce qui, par contraste, relève par exemple du « cursus caché » chez les médecins³¹. L’analyse menée jusqu’ici tente d’en restituer la texture sensible, en donnant à entendre comment ces trajectoires individuelles se tissent à l’intérieur d’une institution marquée par ses héritages ambivalents, ses cloisonnements tenaces et ses paradoxes quotidiens.

Ce nouveau volet reprend ce matériau vivant, mais le fait dialoguer avec un cadre théorique explicite. Il s’agit ici de mettre à l’épreuve la notion de processus d’*empowerment*³² psychologique dans une lecture incarnée des récits recueillis. Ma démarche ne consistera pas ici à appliquer mécaniquement un modèle préétabli, mais plutôt de restituer une mise en tension de manière exploratoire, presque tâtonnante. En l’occurrence je cherche à identifier, dans les plis parfois imperceptibles de l’expérience, les formes fragiles d’un pouvoir d’agir

³¹ J’emploie ici « cursus caché » au sens du hidden curriculum chez Hafferty : l’ensemble des normes implicites, hiérarchies, routines et registres symboliques qui socialisent les soignants au-delà du programme formel, transmis par l’organisation réelle du travail, les modalités d’évaluation, l’allocation des ressources et les usages langagiers (Hafferty & Franks, 1994 ; Hafferty, 1998)

³² Le terme *empowerment* est conservé en anglais dans l’ensemble du manuscrit, conformément à la définition théorique présentée dans le chapitre 3. Il est mis en italique uniquement lors de sa première apparition dans chaque chapitre, selon les conventions de l’APA 7.

professionnel – pouvoir souvent intermittent, généralement fragmentaire, invariablement ancré dans des contextes spécifiques. Comme précisé dans le cadre théorique de cette recherche (chapitre 3), mon analyse mobilise la définition tripartite proposée par Zimmerman, selon laquelle l'empowerment psychologique se compose de trois dimensions interdépendantes. La première, dite « intrapersonnelle », renvoie à cette perception intime de soi comme acteur ou actrice légitime et capable. La seconde, « interactionnelle », concerne la compréhension critique des systèmes institutionnels, des rapports de pouvoir souvent invisibles, et des enjeux collectifs qui dépassent les situations individuelles. La troisième, enfin, est « comportementale ». Elle se manifeste dans les pratiques concrètes, les initiatives quotidiennes, les choix assumés ou les refus qui incarnent, dans l'ordinaire du travail, une reprise de pouvoir parfois modeste mais significative. Ces dimensions ne sont pas des catégories étanches ou rigides. Dans les récits étudiés ici, elles apparaissent rarement de façon isolée. Elles s'entrelacent, se nourrissent mutuellement, se heurtent parfois dans des contradictions fécondes. On observe même, dans certains événements racontés, la condensation de plusieurs de ces registres à la fois, comme si l'expérience débordait toujours nos catégories d'analyse. Pour nourrir l'étude, certains éléments abordés dans le chapitre précédent seront ici repris sous un autre angle. Ces réactivations assumées visent à croiser l'analyse empirique avec le cadre théorique, afin d'enrichir la compréhension du processus d'empowerment psychologique en éclairant à nouveaux frais certaines scènes, trajectoires ou tensions professionnelles.

Pour rendre compte de cette complexité vécue, j'ai privilégié une organisation thématique, émergeant de l'analyse inductive du corpus. Je n'ai donc pas opéré de classement des récits en des catégories, mais plutôt souhaité les faire résonner à travers des scènes-clés, des nœuds d'expérience, des moments de rupture ou d'affirmation dont la charge émotionnelle reste palpable. Ces espaces narratifs m'ont permis de suivre les lignes de force qui traversent

ces vies professionnelles, de donner à voir les dynamiques de subjectivation souvent silencieuses, et de situer l'émergence d'un pouvoir d'agir professionnel dans ses contextes humains et institutionnels spécifiques. Comme expliqué dans mon chapitre méthodologique, mon étude s'appuie sur un corpus composite qui croise des entretiens réalisés selon la méthode du récit de vie, des documents personnels, des archives institutionnelles, ainsi qu'une série de témoignages écrites par différents acteur·ices sur leurs parcours. Cette articulation entre la diversité des sources mobilisées et le rôle fondamental accordé aux témoignages oraux, m'a guidé dans mon appréhension de ce que les ISP ont vécu, pensé, traversé et parfois transformé.

Dans l'optique qui est celle de cette thèse, les paragraphes suivants ont pour objet de faire apparaître ce qui souvent reste invisible. Ils s'attachent à ce qui se joue dans les interstices du quotidien soignant, ce qui travaille les trajectoires en profondeur, souvent dans le silence des gestes ordinaires. Car, selon moi, c'est là, dans ces moments parfois anodins mais chargés de sens, que se sont dessinés et se dessinent toujours les contours particuliers de l'empowerment psychologique chez les infirmiers psychiatriques français. Non pas comme concept abstrait ou mot d'ordre, mais comme expérience située, vécue dans la chair et transmise dans la rencontre.

6.1. Prendre place. Premiers gestes d'affirmation et engagements précoces

À l'orée des trajectoires, quelque chose se joue déjà. Dans le creux de la formation, souvent encore marquée par des logiques autoritaires, se dessinent les premiers pas d'un pouvoir d'agir professionnel en devenir. Comme on l'a vu dans la partie précédente, en psychiatrie l'apprentissage infirmier n'est pas ascendant, au contraire l'entrée dans le métier se révèle parfois heurtée, brouillonne, traversée par des tensions fondatrices. Les récits recueillis évoquent une école encore imprégnée de verticalité, une institution où les surveillant·es régissent la norme sans médiation, et où la transmission se fait davantage par

l'exemple que par le sens. Pourtant, dans cet espace contraint, des lignes de fuite émergent. Des étudiant·es s'autorisent à questionner, à contourner, à résister — souvent à voix basse, mais avec constance. Ces déplacements précoces, parfois infimes, sont autant de gestes d'empowerment en germination, là où l'ordre semble verrouillé.

L'entrée en formation ISP est fréquemment décrite comme un moment d'épreuve. On ne s'y contente pas d'apprendre, on s'y ajuste, on s'y forge, parfois on s'y cabre. Francine Longerinas, entrée à dix-neuf ans, résume d'une phrase le basculement. « Il fallait faire, alors on faisait. Il fallait être adulte, mûrir vite » (LF, F, 143–147). C'est ici une forme d'empowerment intrapersonnel discret qui affleure. Agir sans consigne, mûrir sans tuteur. L'apprentissage reste rude, mais fondateur, et c'est précisément dans cette rudesse que certain·es commencent à se tenir debout. Mais face à une institution parfois arbitraire, la verticalité de la formation génère aussi des stratégies d'esquive. Jocelyne Lamy rappelle le pouvoir de vie ou de mort symbolique que pouvaient exercer les surveillant·es. « Si une surveillante ne nous appréciait pas, elle pouvait nous mettre une mauvaise note et c'était fini » (LJ, 94). Dans ce cadre, résister ne passe pas toujours par l'affrontement. Cela peut être une feinte, une ruse calculée. « Je posais plein de questions, même quand je connaissais déjà la réponse » (LJ, 102). Un jeu d'apparence qui protège une zone de liberté intérieure. Là encore, on voit poindre une compétence à manœuvrer les rapports de pouvoir — non pas pour les dénoncer ouvertement, mais pour préserver une dignité professionnelle naissante. Jean-Pierre Erragne, de son côté, choisit la voie de la confrontation directe. Marqué par l'héritage de Mai 68, il revendique une posture d'insoumission assumée. « On sortait des barricades, nous ! [...] On n'allait pas se laisser faire » (EJP, 44–45). Étudiant, il s'engage activement dans une grève déclenchée par les tensions autour des conventions collectives. L'institution l'en avertit — il risque de ne pas être diplômé. Il y va quand même. Résultat, la religieuse en charge refuse de lui remettre le diplôme lors de la cérémonie alors qu'il termine major de sa promotion. « Je

n'ai jamais eu le beau diplôme avec les volutes, seulement le papier administratif » (EJP, 244–246) (Archive, AP-6). Ce refus ne tient pas à une simple péripétie. Il s'éclaire par le contexte post-1968 en France qui desserre les hiérarchies et ouvre des espaces de contestation, tout en manifestant une initiative d'émancipation individuelle que ce contexte rend possible sans la produire mécaniquement. Ce qui se joue ici n'est ni héroïsme isolé ni pur effet d'époque, mais l'articulation entre opportunités structurelles et prise de position subjective. Dans cette perspective, parler d'empowerment renvoie à une dynamique relationnelle où des capacités d'agir se construisent dans et contre l'institution. Le motif réapparaît chez Jean-Luc Ambert, qui s'agrège à une mobilisation collective face à l'exclusion injuste d'un camarade, avec passages en conseil de discipline, puis pose une limite claire à sa hiérarchie médicale. « Ou je travaille chez vous, ou je m'en vais » (AJL, 57–58). L'acte tient ensemble la scène historique qui autorise l'énonciation et la décision singulière qui assume la limite. Un épisode singulier, riche de sens, appelle également une attention particulière. Alain Frobert, confronté à un deuil intime en pleine formation ne peut assister à un des examens. Il est exclu de la formation. Ce qui suit reste remarquable. Sa promotion, en bloc, installe un mannequin à sa place, organise une grève, et contraint l'école à accorder un rattrapage (FA, 366). Ce geste de solidarité, à la fois intime et politique, bouleverse les règles sans les briser. Il montre que l'empowerment peut aussi surgir du collectif, dans un refus partagé de l'injustice, et dans une capacité à reconfigurer le cadre depuis l'intérieur. Il ne s'agit plus ici d'un positionnement individuel, mais d'une mise en mouvement commune. C'est une scène fondatrice, où le pouvoir d'agir émerge comme un acte d'alliance.

À côté de cette intensité collective, d'autres résistances s'expriment sur un mode plus ténu. Didier Dupeux refuse de se couper les cheveux, malgré l'injonction implicite de se conformer. Dominique Vigier commence à remettre en cause un enseignement dogmatique,

sans ancrage clinique. Ces désaccords, murmurés, n'en sont pas moins signifiants. Ils disent, chacun à leur manière, une volonté de préserver une marge de manœuvre, un espace pour penser, douter, choisir. Là où l'institution impose un cadre, ces sujets y négocient des zones de respiration. On touche ici à une forme d'empowerment interactionnel discrète, qui ne cherche pas à renverser l'ordre, mais à l'aménager de l'intérieur. Ces gestes ne prennent pas toujours appui sur une conscience politique explicite. Ils sont rarement théorisés par leurs auteur·es. Et pourtant, ils constituent des signaux faibles d'un désir de rester sujet dans l'apprentissage. Ils montrent que, même dans une école encore largement verticale, des formes de subjectivation professionnelles peuvent émerger dès les premiers temps. Ce ne sont pas des ruptures spectaculaires, mais des inflexions, des écarts, qui disent déjà quelque chose d'une posture infirmière en construction. Un processus qui s'amorce.

Dans ces gestes discrets comme dans les actes plus visibles, c'est toujours la même logique qui affleure. Refuser, ici, ne revient pas à rejeter la formation. C'est affirmer qu'elle n'a de valeur que si elle permet de devenir sujet — non pas dans un mimétisme attendu, mais dans un ajustement choisi. À ce titre, l'empowerment psychologique ne se présente pas comme une conquête consciente ou comme un objectif à atteindre. Il émerge à travers des décisions modestes, des refus partiels, des formes d'endurance. Et c'est peut-être là, dans ces tensions silencieuses, que s'esquisse l'une des premières expériences de l'autorisation à soigner.

6.2. Construire dans les marges. Invention, soin et cliniques alternatives

Entre 1969 et 2000, les récits recueillis donnent à voir un phénomène important de réinvention du soin psychiatrique par nombre d'ISP. Cette période est traversée par une logique d'ouverture, de détournement créatif des contraintes institutionnelles et d'invention discrète, en marge des dispositifs officiels. Ces expérimentations infirmier·ères ne constituent pas un activisme isolé ni une quête de singularité professionnelle. Au contraire, elles

dessinent une manière située d'exercer un pouvoir d'agir soignant dans un cadre encore largement hiérarchisé. En se saisissant des marges, en redéfinissant les attentes normatives ou en les contournant, ces infirmier·ères mobilisent pleinement les trois dimensions de l'empowerment psychologique décrit par Zimmerman (1995). Ils et elles se perçoivent comme capables d'initier, comprennent et reconfigurent subtilement les rapports de pouvoir, et mettent en œuvre des actions concrètes et structurantes.

L'exemple d'André Tapissier, jeune ISP dans les années 1970, qui décide d'aménager deux bâtiments inoccupés en ateliers thérapeutiques, témoigne précisément d'un tel processus d'auto-légitimation. Son initiative dépasse largement la simple appropriation d'un espace vide. « J'avais l'idée d'en faire des ateliers pour les patients. J'ai pu relier ces deux espaces et j'y ai installé un petit bureau et plusieurs ateliers » (TA, 441–446). Ce projet, négocié et mené à son terme sans attendre une autorisation formelle, constitue une affirmation tangible d'un soin pensé par l'infirmier lui-même. Cette initiative bénéficie directement aux patient·es, désormais acteur·rices de leur propre soin. C'est ici un empowerment partagé, où l'action soignante redéfinit l'espace, mais aussi la relation elle-même. Dans un autre registre, Sœur Danielle Pezzali relate la réalisation d'une fresque murale par des patient·es avec l'aide d'un·e artiste extérieur·e. Loin d'être une simple animation, ce projet modifie en profondeur les cadres relationnels habituels entre patient·es et soignant·es. Le soin psychiatrique sort alors du registre strictement médical pour embrasser une dimension culturelle et expressive. L'hôpital devient alors un espace de visibilité et d'expression, où le statut des personnes soignées se transforme : on passe d'une logique de prise en charge à une logique d'accompagnement vers l'expression de soi et la valorisation collective, ainsi que l'a montré Lydia Couet dans ses travaux sur les pratiques artistiques en milieu psychiatrique (2019). Elles incarnent un empowerment qui redéfinit profondément les rapports sociaux dans l'institution.

Les séjours thérapeutiques largement développés dans le chapitre précédent offrent ici une autre illustration puissante de cette dynamique infirmière et de l'émergence de ce processus psychologique d'émancipation. Marie-Thérèse Hameau raconte avec fierté un séjour itinérant dans le Cantal, entièrement conçu avec les patient·es. « On a tout préparé avec les patientes, l'itinéraire, le trajet... Ils ont vraiment participé à l'organisation » (MTH, 781–795). Ce dispositif ne se contente pas de déplacer géographiquement les patient·es. Il produit une véritable dynamique d'engagement partagé. L'infirmière et les patient·es deviennent co-auteur·rices du projet, assumant ensemble la complexité organisationnelle et relationnelle indépendamment de toute pesanteur hiérarchique. Monique Chalencón insiste d'ailleurs sur la capacité de ces séjours à redistribuer profondément les rôles. Les soignant·es sortent de leur position d'exécutant·es de soins prescrits pour devenir des médiateur·rices actif·ves, des coordinateur·rices de l'imprévu. Ici, le soin psychiatrique s'engage résolument hors des murs, dans l'espace social lui-même. Francine Longerinas apporte un éclairage complémentaire en relatant un voyage à Paris avec une quinzaine de patient·es, dans un contexte où les soutiens institutionnels étaient rares. Elle décrit avec précision les obstacles rencontrés, logistiques, médicaux, administratifs. Pourtant, loin de décourager l'initiative, ces difficultés semblent l'avoir renforcée. Le projet s'inscrit alors dans une prise de risque assumée, portée par une vision élargie du soin psychiatrique comme processus d'ouverture au monde, à l'altérité, à la vie sociale ordinaire.

Cette dynamique d'ouverture se radicalise encore davantage avec la création à Sainte-Marie de Clermont-Ferrand de l'association *Contact* par Jean-Michel Poitre dans les années 1980, autour du sport adapté. Ce projet, rapporté en détails en fin de chapitre, ne propose pas seulement une activité physique. Il redéfinit complètement le soin en le sortant explicitement du cadre hospitalier. « Pendant deux ans, j'ai été totalement libre de me consacrer au sport adapté » (PJM, 317–325). Ici, le lien thérapeutique se réinvente autour d'une pratique

sportive partagée, d'un engagement collectif vers l'effort et l'inclusion sociale. Joëlle Buisson, elle aussi impliquée, évoque « une bouffée d'air pur », décrivant l'association comme un lieu où patient·es et soignant·es se vivent autrement, à égalité, hors des rôles traditionnels. Contact matérialise ainsi une forme radicale d'empowerment où les statuts s'effacent au profit d'une co-construction des soins à partir de l'action commune. La dynamique de transformation ne s'arrête pas à ces innovations visibles. Le « groupe des Nigauds », initiative audacieuse menée par Alain Frobert et Jean-Pierre Erragne, témoigne d'un déplacement symbolique puissant. Derrière ce nom provocateur se cache une intention profondément émancipatrice. Il s'agit de sortir de l'institution des patient·es jusqu'alors jugé·es inadapté·es au monde extérieur. Alain Frobert raconte avoir dû convaincre les religieuses outrées par le terme, usant habilement d'une explication étymologique. « “Nigaud” vient de Nicodème, un pharisien obtus qui posait des questions à Jésus. Comme ça passait bien avec la religion, elles ont fini par accepter le nom » (FA, 483–484). Cette anecdote reflète une stratégie subtile d'empowerment interactionnel, par laquelle les infirmier·ères contournent intelligemment les résistances institutionnelles. La réussite du projet, conduisant finalement à la sortie effective des patient·es vers des solutions extérieures, concrétise un empowerment comportemental puissant. Enfin, les pratiques plus classiques dans le contexte de la sectorisation, comme les soins à domicile ou les appartements thérapeutiques, complètent ce tableau. Dominique Vigier souligne la dynamique profonde à l'œuvre. « On voyait émerger des appartements protégés, des soins à domicile, des unités de transition. Tout ça se mettait en place avec une vraie dynamique infirmière » (VD, 412–414). Joëlle Buisson confirme l'importance clinique et relationnelle de ces interventions hors les murs. Pour elle, rencontrer les patient·es chez elles·eux, à leur niveau, constitue le cœur véritable du métier infirmier psychiatrique. C'est là que se construit une éthique clinique

nouvelle, fondée sur l'ajustement permanent, la confiance, et le respect du quotidien des personnes.

Ces fragments racontent une autre histoire du soin psychiatrique, souterraine mais significative. Les ISP ne transgressent pas simplement pour transgresser. Ils réinventent le soin en le situant toujours au plus près des patient·es. L'empowerment infirmier rendu possible en France par le contexte particulier des années 1960 à 1992 n'a pas relevé ni d'une injonction gestionnaire ni d'un modèle théorique abstrait. Il s'est élaboré concrètement dans ces pratiques quotidiennes, dans ces déplacements subtils des normes et des attentes institutionnelles. C'est là que s'écrit une histoire singulière et discrète, mais essentielle, d'un soin psychiatrique capable de penser hors les murs.

6.3. Leadership infirmier et dynamiques institutionnelles favorables

L'émergence d'un leadership infirmier en psychiatrie ne relève pas non plus ni d'un processus linéaire ni d'un phénomène isolé. Elle prend forme au croisement subtil d'engagements individuels, de soutiens médicaux ponctuels et d'un cadre institutionnel capable de tolérer, voire d'encourager indirectement, l'autonomie soignante. Ce phénomène, loin d'être homogène ou systématique, apparaît plutôt comme une construction fragile, rendue possible par des contextes locaux favorables, une conjoncture historique particulière et des postures singulières adoptées par certain·es infirmier·ères. Comme la première partie de cette étude l'a mis en évidence, à Sainte-Marie l'environnement hiérarchique demeure longtemps très vertical et contraignant, marqué par des normes fortes et un contrôle souvent implicite. Or, pourtant, c'est précisément à l'intérieur de ce cadre rigide que certains espaces de liberté et d'initiative ont pu progressivement s'ouvrir.

Francine Longerinas restitue avec finesse la nature de ce soutien institutionnel paradoxal, évoquant un médecin-chef qui laissait aux équipes une marge de manœuvre précieuse, à condition que les intentions soient claires et les projets structurés. « On avait un

médecin-chef qui nous laissait une liberté incroyable. Il nous faisait confiance, tant qu'on suivait une trajectoire claire et un projet de soins structuré » (LF, 173–177). Cette autonomie conditionnée permet aux infirmier·ères d'investir pleinement leur rôle sans ressentir constamment le poids du contrôle médical. Ce soutien relatif favorise ainsi l'émergence d'un empowerment interactionnel, fondé sur la confiance réciproque et la reconnaissance implicite d'un savoir-faire infirmier propre. Cette dynamique prend corps à travers la délégation explicite de tâches jusque-là réservées aux médecins. Jean-Michel Poitre relate par exemple avoir été directement sollicité par son chef de service pour élaborer le projet d'une nouvelle unité. « Le chef de service m'a appelé et m'a demandé d'écrire le projet de cette nouvelle unité » (PJM, 264). De même, Monique Chalénçon et son équipe participent activement à la création d'un hôpital de jour, jusqu'à en choisir l'emplacement, l'architecture et l'organisation interne (CM, 423–428). Ces exemples témoignent d'un pouvoir d'agir professionnel non seulement reconnu mais aussi sollicité explicitement par certains médecins. Cette dynamique s'inscrit dans une dimension comportementale forte de l'empowerment, où la capacité infirmière à agir structurellement est valorisée au sein même de l'institution médicale.

Mais ce leadership infirmier dépasse la seule dimension formelle ou technique. Il se construit aussi dans une culture professionnelle spécifique, nourrie par un rapport positif à la confrontation d'idées. Jean-Pierre Erragne rappelle les débats internes animés par une volonté d'amélioration continue du soin : « On a souvent eu des discussions musclées, mais toujours avec une idée en tête, faire ce qui était bon pour le patient » (EJP, 435–439). Me XX évoque la création d'un groupe d'analyse des pratiques nommé « Macao », initiative collective où les pratiques soignantes étaient régulièrement questionnées dans un cadre à la fois critique et bienveillant (XX, 303–307). Cette culture réflexive renforce nettement la dimension interactionnelle de l'empowerment psychologique, en favorisant une analyse critique des contextes de soins et une construction partagée du sens du métier.

La congruence entre les valeurs défendues et les actions menées constitue une autre dimension fondamentale de cette dynamique. Jean-Luc Ambert témoigne d'un sentiment profond de justesse dans les actions entreprises, soulignant l'importance d'agir non simplement pour appliquer des protocoles, mais pour transformer les conditions mêmes du soin. « On croyait à la psy. À libérer les malades mentaux. À les libérer de leurs chaînes. On était pleins d'utopie, hein. On y croyait vraiment. » (AJL, 690–694). Didier Dupeux décrit également cette dynamique d'engagement profond, rappelant l'investissement total des équipes : « Personne ne comptait son temps. Ce n'était même pas un sujet » (DD, 353–358). Cet engagement témoigne d'un empowerment comportemental pleinement vécu, où la motivation intrinsèque remplace les injonctions à agir. Dominique Vigier synthétise finalement ce mouvement historique : « Il y a eu une vraie rupture. Nous ne nous contentions plus d'exécuter des ordres. On est entrés dans une dynamique de soins infirmiers spécifiques à la psychiatrie » (VD, 479–487). Cette phrase marque bien l'inflexion d'un métier qui, sans renier son cadre institutionnel, parvient progressivement à redéfinir sa place et à revendiquer une spécificité clinique propre.

Ce leadership infirmier n'a pu s'épanouir que dans un contexte où l'institution psychiatrique elle-même a manifesté, sinon une bienveillance active, du moins une tolérance suffisante à l'égard de ces innovations. Ce soutien tacite ou déclaré, incarné par certaines figures médicales progressistes, a favorisé l'émergence d'initiatives locales substantielles, tout en demeurant intrinsèquement précaire et discontinu. Comme je l'ai déjà noté plus haut, il faut ainsi se méfier de l'image d'Epinal d'une « révolution » et d'une « fin de l'asile » qui se seraient opérées dans les années 1970. Certes, et tous mes témoins le soulignent, la période a indéniablement permis des expérimentations thérapeutiques hors les murs et a favorisé, chez les infirmiers, une forme d'empowerment. Toutefois ceci n'était pas sans réticences, sans freins et sans fragilités. L'environnement institutionnel, tel qu'il transparaît dans les

témoignages recueillis, se révèle ainsi être un cadre structurant fondamentalement ambivalent, à la fois restrictif par sa dimension normative et émancipateur par la latitude relative qu'il concède aux expérimentations infirmières. C'est précisément dans cet interstice délicat, entre autonomie conditionnelle, légitimation partielle et contraintes systémiques, que s'est élaboré ce leadership infirmier. Loin de représenter une évolution homogène ou un processus rectiligne, cette dynamique se manifeste comme une succession d'adaptations permanentes, où les infirmier·ères ont progressivement appris à négocier, contester ou simplement réinvestir différemment leur environnement institutionnel.

En dernière analyse, l'élément saillant qui émerge de ces récits est que le leadership infirmier ne se caractérise pas par une appropriation formelle du pouvoir, mais par l'aptitude à exploiter pleinement un espace d'initiative, à développer une réflexion autonome sur les pratiques soignantes, et à façonner, dans la praxis quotidienne, une identité professionnelle distinctive. Ce leadership discret, parfois vulnérable mais profondément incarné, constitue l'une des fondations historiques du pouvoir d'agir infirmier en psychiatrie. Il éclaire les dynamiques collectives qui émergeront dans la suite du parcours, portées cette fois par des espaces syndicaux ou associatifs où la profession cherchera à faire entendre sa voix.

6.4. Se rassembler pour peser. Mobilisations collectives et structuration politique

Dans cette lignée cette section se propose donc d'analyser comment le processus d'empowerment psychologique infirmier transcende la simple juxtaposition d'expériences singulières ou localisées. Dans le contexte clermontois, ce phénomène s'est inscrit comme ailleurs dans une trame collective, caractérisée par des mobilisations organisées, des revendications partagées et des tentatives structurées d'expression politique. Dans le contexte français des années 1960-1980, le syndicalisme paraît avoir constitué, pour les infirmiers psychiatriques, un espace privilégié d'affirmation professionnelle et politique, tandis que l'émergence associative constitue un territoire d'expérimentation, d'innovation et de

reconfiguration des pratiques infirmières en psychiatrie. Ces mouvements collectifs ne sauraient toutefois être appréhendés comme des phénomènes homogènes ou univoques ; ils manifestent au contraire l'hétérogénéité, les tensions intrinsèques, et les limitations inhérentes à une puissance d'agir en perpétuelle élaboration.

6.4.1. Le syndicalisme comme espace d'affirmation professionnelle et politique. Dès les années 1970, l'engagement syndical s'impose comme un vecteur d'émancipation fondamental pour de nombreux ISP aspirant à affirmer collectivement leur capacité d'action au sein d'un environnement institutionnel encore profondément hiérarchisé. Cette mobilisation transcende la simple défense corporatiste ou statutaire ; elle accompagne l'émergence d'une conscience professionnelle spécifique, forgée dans l'expérience quotidienne du terrain, l'épreuve des rapports hiérarchiques, et la détermination de transformer substantiellement les modalités du soin. Comme l'illustrent les témoignages précédemment analysés, l'autonomie infirmière demeure, durant cette période, largement tributaire de figures médicales progressistes ou de configurations locales favorables. Le syndicalisme redéploie alors cette quête d'autonomie sur un registre différent : celui de l'action collective organisée, de l'expression publique et de l'interrogation critique des normes établies. Il offre à certains professionnels la possibilité de convertir les contraintes institutionnelles en leviers d'action, de politiser leur positionnement soignant, et d'introduire des espaces de contestation créative dans l'ordre institutionnel établi. Un épisode revient fréquemment dans les mémoires avec la grève de 1973 à l'hôpital Sainte-Marie de Clermont-Ferrand. André Tapissier raconte comment ce mouvement s'est déclenché après une rencontre décevante à Paris avec un responsable syndical national, peu attentif à leurs préoccupations mais qui, paradoxalement, leur révèle des blocages institutionnels à venir sur Clermont-Ferrand, au centre hospitalier de Sainte-Marie. Ce groupe de jeunes ISP, stimulé par la tension palpable, décide alors d'agir immédiatement : « On se regarde et on dit "On rentre tout de suite, on va foutre le bordel." En arrivant à Sainte-Marie, on a tout

retourné. Occupation des locaux, manifestations... Ça a été un vrai bras de fer » (TA, 573–576). En peu de temps, près de trois cents personnes - soignant·es et personnels techniques - descendent dans la rue (Figure 12, Archive, AP-7).

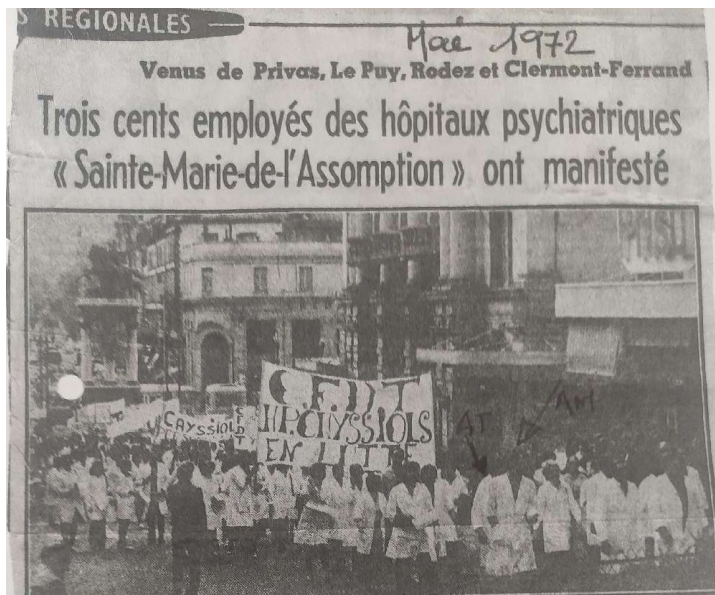


Figure 12. Manifestation des employé·es des hôpitaux psychiatriques Sainte-Marie (mai 1972). Article paru dans *La Montagne*. Archive personnelle de André Merlé (Archive, AP-7). Cette mobilisation, exceptionnelle par son ampleur, marque un tournant symbolique puissant : « C'était énorme, du jamais vu. On dit qu'il y a eu d'autres manifestations avant, mais ce n'était pas de la même nature » (TA, 586–587).

Néanmoins, ce mouvement ne saurait être interprété comme une posture universelle ou comme l'expression d'un héroïsme généralisé des ISP. Il s'agit plutôt d'une confluence exceptionnelle de facteurs et d'engagements personnels. Cette grève exprime également une contestation du pouvoir religieux encore très présent dans certaines institutions psychiatriques confessionnelles. André Merlé évoque ainsi un slogan provocateur ciblant directement l'autorité des religieuses : « Les sœurs, c'est con, ça pue et ça pollue ». Au-delà de son caractère irrévérencieux, cette formule révèle une volonté profonde de questionner et déplacer les normes établies. Pourtant, cette contestation ouverte n'efface pas la complexité

des relations humaines tissées au quotidien. Déjà évoquée dans le chapitre 5, la réplique ironique d'une religieuse à des élèves non-grévistes — « ...ça sent les pieds du matin au soir, pourtant je n'ai jamais rien dit ! » — condense la tonalité défensive et humoristique des échanges (PJM, 72–73). Comme on l'a vu précédemment, ce témoignage rappelle que les rapports entre religieux·ses et ISP ne se sont pas réduits à une opposition frontale, mais ont aussi été traversés par des liens affectifs, amicaux, parfois même complices. Quoi qu'il en soit, la mobilisation clermontoise de 1973 s'inscrit dans un mouvement syndical plus large. André Merlé souligne que les luttes menées à Clermont résonnent avec celles d'autres établissements : « Il y a eu des mouvements de grève, des manifestations à Clermont qui étaient énormes. Parce qu'il y avait là les autres hôpitaux de la coordination qui, eux, manifestaient » (MA, 517–519). Le syndicalisme infirmier devient ainsi un espace où se forge une parole collective, un laboratoire des premières formes d'empowerment collectif, pour reprendre la perspective interactionnelle développée par Zimmerman (1995).

Cette politisation syndicale se manifeste aussi par des engagements individuels précoces. Jean-Luc Ambert rapporte s'être syndiqué avant même l'obtention de son diplôme, malgré la menace — explicitement formulée par la direction — de renvoi de l'école : « J'étais syndiqué avant d'avoir passé le diplôme ! » (AJL, 478–482). Gilles Ranoux, quant à lui, prend sa carte syndicale dès l'obtention de son diplôme, comme une suite logique de sa formation : « Dès que j'ai été diplômé, j'ai pris ma carte à la CFDT. Dès la formation, il y avait déjà un engouement pour le syndicalisme » (RG, 456–459). Ces engagements précoces témoignent d'une volonté claire de structurer sa posture professionnelle dès l'entrée dans le métier. D'autres s'impliquent dans une action syndicale encore plus structurante, comme Jean-Pierre Erragne qui crée une section CGT dans un établissement où domine la CFDT³³. Il

³³ La CGT (Confédération générale du travail) est une centrale syndicale historiquement située à gauche, marquée par une tradition de lutte et une proximité historique (non organique) avec le parti communiste français (PCF) au XX^e siècle. La CFDT (Confédération française démocratique du travail), issue en 1964 d'une scission

précise cependant que son objectif premier n'était pas d'imposer une vision, mais plutôt d'ouvrir des espaces de dialogue : « Il y avait d'anciens CFDT avec qui on était antagonistes. Mais on a fini par débattre ensemble, parfois violemment, mais toujours fraternellement » (EJP, 430–431). Le syndicat apparaît alors comme un lieu concret d'apprentissage démocratique, où s'expérimentent l'écoute et la confrontation constructive, renforçant ainsi l'empowerment interactionnel des infirmier·ères. L'action syndicale se traduit aussi par des combats quotidiens pour améliorer concrètement les conditions de travail. Gilles Ranoux, figure syndicale engagée au sein de la CFDT, a été l'un des artisans les plus actifs de ces mobilisations. Il évoque des luttes très concrètes, menées pour garantir la sécurité nocturne ou obtenir un renforcement des effectifs dans les services. Ces combats traduisent une forme d'empowerment comportemental, dans lequel la défense des conditions de travail soignantes devient indissociable de celle d'un soin digne, sécurisant et durable pour les patient·es. Cet élan d'engagement ne se limite pas à l'action de terrain ou aux réunions syndicales. À Sainte-Marie, il s'incarne également dans la production d'un journal syndical interne, *Chroniques de Sainte-Marie*, adossé à la CFDT (Figure 13 ; Archive, AS-1-2-3-4).

de la CFTC (christianisme social), est davantage réformiste/social-démocrate, privilégiant la négociation et l'accord. Dans les années 1970-1990 évoquées ici, la CGT apparaît souvent plus contestataire, la CFDT plus négociatrice — avec des variations locales selon établissements et secteurs.

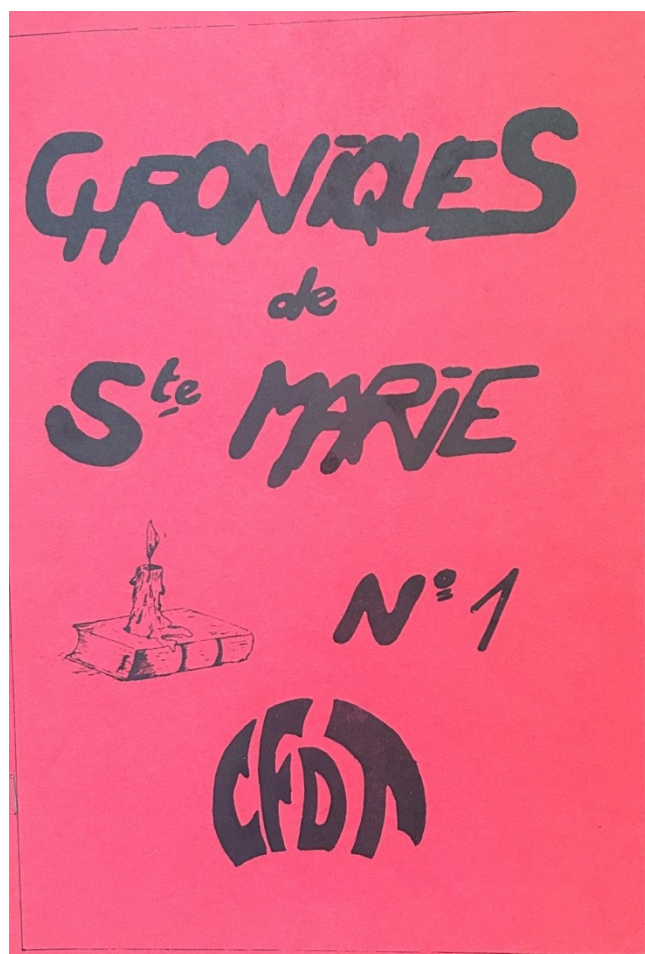


Figure 13. *Chroniques de Sainte-Marie*, n° 1, revue syndicale de la CFDT. Archives syndicales (Archive, AS-2).

Ces publications offrent un espace d'expression inédit aux infirmier·ères, qui y prennent régulièrement la plume pour analyser leur pratique, partager des expériences cliniques ou dénoncer des blocages institutionnels. On y retrouve des textes poétiques, critiques, ou engagés, à l'image du célèbre « Mur de l'asile » signé par Alain Frobort dans le numéro zéro (Figure 14 ; Archive, AS-1). Cette parole écrite devient un prolongement naturel du combat syndical, donnant une forme symbolique à l'empowerment interactionnel des soignant·es.

LES MURS DE L'ASILE. Alain FROBERT.

Les Murs de l'Asile c'est le titre d'un bouquin d'un gentil psychiatre, mais c'était aussi le titre d'un article paru dans un grand quotidien de votre région dont je ne citerais pas le nom pour pas nuire à ses concurrents - c'était même - le titre de l'article "Les Murs de l'Asile tombent", c'était à l'époque ou l'h.P... le CMP, pardon, se rénouvait au niveau de ses enceintes. Y'avait des mauvais esprits qui prétendaient que la direction démolissait les murs parce que certains s'en servaient comme tableau noir. Enfin pour détromper tout le monde - le grand quotidien régional et les mauvais esprits - les murs de l'asile ont été reconstruits.

Remarquez, on peut pas dire, les raisons d'écrire ne manquent toujours pas, je veux dire les sujets.

On aurait même tendance à crier : "hé ! mollo, ça va trop vite, j'arrive pas à suivre".

Finalement c'est comme les météores c'est si rapide, qu'on ne les voit pas passer. Mais si tu veux, mets ton poste au ralenti et regarde le spectacle du monde..

Les trucs à sensation ça manque pas: un Pape centiare surprend le peloton des habiles papes à bile et va reigner mi-gale, mi-raisin sur une église en pleine crise de foie. L'évènement le plus important du siècle s'est permis un commentateur télévisé en pleine lévitation.

Des trucs plus courants, les guerres larvées ou carrément chenillée. A Beyrouth un immeuble qui s'effondre, parce qu'au rez de chaussée il y a un local palestinien - ça risque pas d'arriver à Chirac dans les hauteurs de la tour Montparnasse - et de toute façon Chirac y s'en fout, il n'est pas palestinien - plus de 200 morts -.

Le Vietnam communiste qui se fout sur la gueule avec le Cambodge communiste, pendant que Brejnev et Hua Ko Feng jouent aux échecs. Le même Wouha qui s'essuit même pas la main après avoir serré la paluche du Chah d'Iran que l'on soupçonne d'être un vulgaire pyromane de cinéma pour haute raison d'Etat.

Sa majesté impérieuse, grand ami des accordéonistes et des marchands de cacahuètes (là je suis vache avec ces deux corps de métier, ils sont pas tous Président de la république) n'a pas voulu s'arrêter sur un score si pauvre. Quelques jours après, il envoie son armée demander gentiment aux manifestants leur mécontentement de se disperser - 3000 morts.

Tiens ! la Tchéco à dix ans. Tout y est normal. On y prépare les jeux olympiques de Moscou.

Des prises d'otages pour pas changer un peu : Au Nicaragua des mecs libèrent leurs potes prisonniers politiques en braquant les élus du peuple - mon oeil - depuis le pays est ingouvernable.

Et le détournement d'avion de Genève, on cherche encore le pirate fantôme heureusement que ça n'est pas arrivé en Belgique.

Chez nous c'est plus calme : la gauche cherche désespérément des raisons de s'unir, le prix de l'essence ne diminue pas, pour ne pas être obligé d'être augmenté, l'indice des prix est ce qu'il est - et si vous ne comprenez pas, allez donc demander à Mr Barre - je sais que vous n'irez pas, alors ralez pas.. - 1500000 chômeurs.

Ah si, un pâtissier a fait un carton sur un même qui lui avait fauché une pâtisserie sans emballage, c'était pour bouffer tout de suite. En prévision de la liberté du prix du pain, le commerçant honnête, planquait un flingue sous son tiroir caisse.

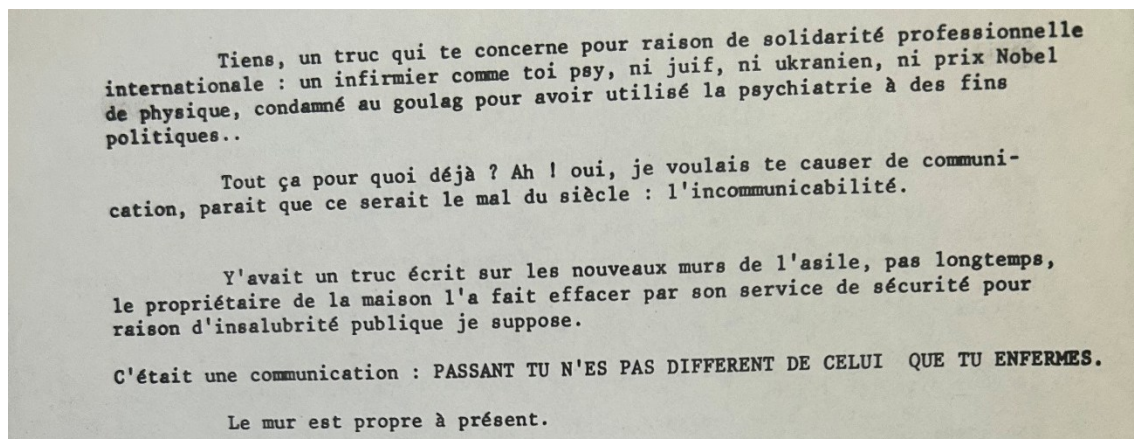


Figure 14. Article « Les murs de l'asile », par Alain Frobort, *Chroniques de Sainte-Marie*, n° 1, pp. 9-10. Archives syndicales (AS-1, pp.9-10).

Il convient toutefois de nuancer cette dynamique. Tous les ISP ne se reconnaissent pas nécessairement dans un engagement syndical actif. Jean-Michel Poitre exprime ainsi une prise de distance précoce : « J'ai adhéré à la CGT, mais juste en tant que simple cotisant, rien de plus. Très vite, je me suis rendu compte que c'était trop politique pour moi » (PJM, 669–671). Son expérience nous montre clairement que l'empowerment professionnel ne découle pas automatiquement d'une affiliation syndicale, mais nécessite une adéquation fine entre valeurs personnelles et modalités concrètes d'action. À l'inverse, Marie-Thérèse Hameau exprime une continuité parfaite entre son engagement syndical et son éthique du soin : « J'ai toujours été syndiquée. J'étais vraiment impliquée, oui » (MTH, 541–548). Pour elle, le syndicalisme constitue un prolongement naturel de son métier, une façon d'incarner concrètement les valeurs du soin à l'échelle collective. En définitive, loin de dessiner une figure héroïque ou monolithique des ISP engagés, ces récits nous dévoilent la diversité complexe que peut revêtir l'engagement syndical infirmier. Il s'exprime tantôt par la confrontation, tantôt par la négociation ou la solidarité, mais aussi, parfois, par la prise de distance ou la réserve critique. Dans chaque cas, il reflète, selon la perspective de Zimmerman, une forme d'empowerment interactionnel caractérisé par la compréhension et la transformation collective des rapports de pouvoir au sein de l'institution.

Si l'engagement syndical a permis de développer une compétence politique et une prise de parole collective, il rencontre aussi ses limites lorsqu'il s'agit d'interroger les spécificités cliniques du soin ou de transformer en profondeur la profession. C'est précisément dans cet écart, entre aspirations professionnelles et cadres syndicaux existants, que certain·es soignant·es choisiront de s'engager sur le terrain associatif.

6.4.2. Au-delà du syndicalisme : l'éclosion associative comme territoire d'innovation. À côté de l'engagement syndical, on voit émerger très tôt à Clermont-Ferrand une dynamique associative foisonnante, qui traverse l'ensemble du champ psychiatrique. Ce mouvement s'appuie sur l'implication de nombreux acteurs du soin et prend des formes multiples, en réponse à l'isolement, à la rigidité des cadres et au désir d'expérimenter autrement. Ce qui frappe, dans l'histoire locale, c'est la vitalité de ces initiatives collectives et la présence, souvent déterminante, de certain.es infirmier·ères. Bien que la plupart de ces associations soient ouvertes à la pluridisciplinarité, des ISP s'y imposent régulièrement comme des forces vives, à l'initiative des projets ou au cœur des débats, insufflant au collectif leur énergie, leur créativité et leur goût de l'innovation.

C'est dans ce contexte d'invention partagée qu'apparaît en 8 décembre 1970 l'Association des Équipes Soignantes Psychiatriques d'Auvergne (AESPA), première grande association régionale structurée autour du soin psychiatrique, et rapidement reconnue pour sa capacité à fédérer, à bousculer les routines et à faire circuler la parole entre soignant·es et médecins (Archive, AA-2). André Tapissier revient sur la genèse de cette aventure en 1970 dans son témoignage. L'association naît selon lui de l'urgence à rompre l'isolement professionnel, à s'ouvrir à d'autres pratiques, et à développer une psychiatrie innovante, bien avant l'avènement des réseaux nationaux et la vague de sectorisation. L'infirmier souligne combien cette création s'inscrit aussi dans l'esprit de l'éducation populaire, l'AESPA étant inspiré des centres d'entraînement aux méthodes éducatives actives (CEMEA), et portée par

le souffle d'un collectif désireux d'expérimenter, de débattre, et de faire circuler la parole entre soignants et médecins : « L'AESPA, on l'a créée pour développer la psychiatrie et nos pratiques. [...] L'AESPA était liée aux CEMEA » (TA, 228–243). ». L'AESPA devient rapidement un espace de brassage intellectuel, de confrontation, de formation croisée, réunissant soignants, psychiatres, psychologues, éducateurs et assistantes sociales. On y parle nouvelles pratiques, mais aussi antipsychiatrie, psychanalyse, pédagogie institutionnelle. Ce foisonnement trouve un écho particulier dans les années 1980, avec la publication de la revue *Dérive*. Bien que postérieure à la fondation de l'AESPA, cette revue offre une fenêtre précieuse sur la vitalité critique et la profondeur du mouvement (Figure 15 ; Archive, AP-8).

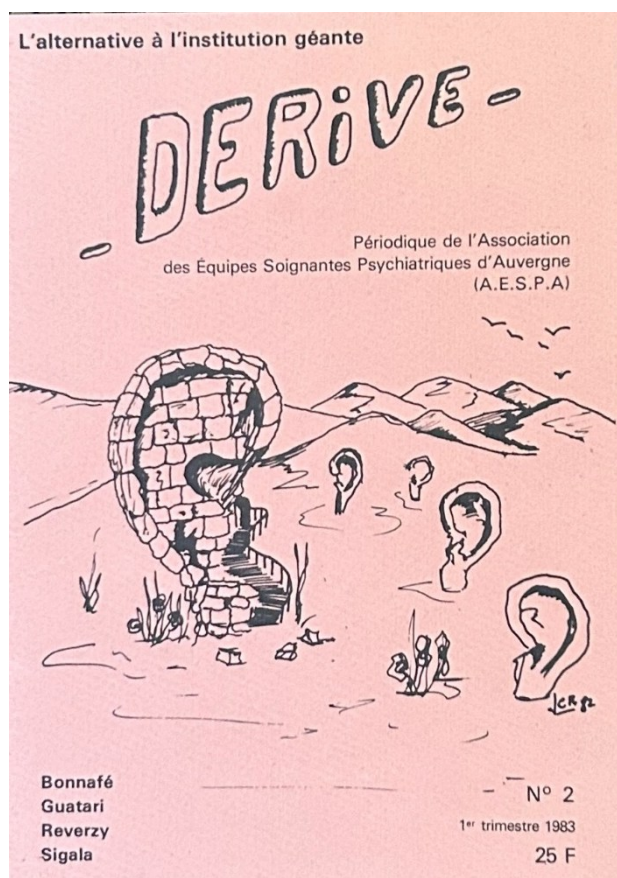


Figure 15. *Dérive*, n° 2, périodique de l'Association des Équipes Soignantes Psychiatriques d'Auvergne (A.E.S.P.A.), 1er trimestre 1983. Archive personnelle d'Alain Frobert (Archive, AP-8).

Les pages de *Dérive* révèlent une orientation nettement infirmière et psychiatrique, ainsi qu'une volonté affirmée de dialogue pluridisciplinaire. On y trouve des entretiens avec des figures nationales comme le psychiatre désaliéniste Lucien Bonnafé ou le philosophe Félix Guattari, mais aussi un souci constant de relier la réflexion théorique aux transformations concrètes du terrain. L'évolution des structures de l'institution Sainte-Marie y est largement documentée : hôpitaux de jour, CATTP, appartements thérapeutiques. L'AESPA ne se contente pas d'accompagner la sectorisation et elle en souligne les avancées, soutient la création de nouvelles associations – telle que « Vivre », née pour soutenir les appartements thérapeutiques ou l'ANFIP plus spécifique à la profession infirmière – et fait remonter les expérimentations du terrain, dans un esprit de mutualisation et d'ouverture sur la cité. Ce laboratoire d'idées, fait de réunions, de projections de films sur l'antipsychiatrie, de débats intenses et parfois de vives confrontations, marque durablement les trajectoires des soignant·es qui s'y engagent. Alain Frobert raconte son immersion dans cette effervescence : « Dès mon arrivée à Sainte-Marie, j'ai découvert une association très active : l'AESPA. Elle réunissait de nombreux psychiatres, des médecins-chefs et beaucoup de soignants engagés. L'association organisait des réunions, des débats, il s'y passait énormément de choses. Dès le départ, j'ai plongé dedans à pieds joints. [...] On regardait des films sur l'anti-psychiatrie, on discutait des nouvelles pratiques... » (FA, 260–263, 267–268). Ce modèle associatif nourrit, au fil des années, un *empowerment* psychologique particulièrement fécond. Il invite à la fois à l'audace de penser, à la confrontation entre pairs et à la concrétisation de dispositifs inédits. On vient à l'AESPA pour « créer du lien, faire circuler la parole, soutenir des pratiques qu'on ne pouvait pas toujours expérimenter dans le cadre strict de l'hôpital », confie Alain Merlé (AM, 488–491). Dans ce creuset critique et expérimental, la subjectivation professionnelle collective se construit par la réflexion partagée, la mutualisation des expériences, l'exploration de nouveaux espaces pour le soin et l'ouverture vers la cité. La trajectoire de

l'AESPA, depuis sa fondation jusqu'à la vitalité critique illustrée par *Dérive*, témoigne ainsi de la façon dont des infirmier·ères de secteur psychiatrique à Clermont-Ferrand ont su se saisir de la dynamique associative pour forger, bien en amont des politiques nationales, une autre manière de penser, de pratiquer et de transmettre le soin. C'est tout un pan de l'histoire locale qui s'invente là, à la croisée du terrain, des idées et d'un désir profond de collectif.

Sur ce terreau fertile, d'autres associations voient rapidement le jour, répondant chacune à des besoins concrets du soin et de la vie quotidienne des patient·es. Parmi elles, *Vivre* s'organise pour soutenir les premiers appartements thérapeutiques, illustrant la volonté d'accompagner autrement la sortie de l'hôpital et l'accès à l'autonomie, là où les dispositifs institutionnels peinent encore à suivre (Archive, AA-2). L'interview du Dr Aubin et de l'assistante sociale Marie-France Penoux dans le périodique *Dérive No2* permet de saisir l'ambition et la profondeur de ce nouveau projet associatif du printemps 1981 (Archive, AP-8, pp 29-34). Dans le même esprit, de nouvelles initiatives émergent au sein des unités de soins, portées par l'audace de créer des solutions collectives en marge des cadres officiels. Jean-Michel Poitre raconte avec précision l'une de ces expériences marquantes au sujet de l'association *Temps de vivre* : « Mais aussi une association dans une unité de soins, où les patients cotisaient chaque jour. Ils donnaient dix francs par jour au début, et au bout d'un an, on avait accumulé un budget énorme. Ça permettait de financer des séjours, des visites, des activités, où tout était pris en charge. C'était un vrai projet collectif. L'assistante sociale était trésorière, c'était totalement interprofessionnel. [...] À mon avis, c'était limite niveau réglementation... mais ça fonctionnait. » (PJM, 680–686). Ces associations, qu'il s'agisse de *Vivre*, *Temps de Vivre*, ou bientôt de *Contact* autour du sport adapté, partagent toutes une même ambition : sortir le soin psychiatrique de l'entre-soi, ouvrir des espaces où patient·es et soignant·es deviennent partenaires, et inventer des modes d'accompagnement plus ouverts, plus horizontaux, résolument tournés vers l'inclusion et la participation active.

Ces associations, aussi diverses que leurs ambitions, n'ont jamais constitué des espaces idéaux ou parfaitement horizontaux. Si elles apparaissent souvent comme des laboratoires d'expérimentation collective, leur fonctionnement n'échappe pas à la complexité des rapports humains ni à l'influence persistante du corps médical. Jean-Michel Poitre le rappelle dans son témoignage : « [...] pour de nombreux médecins, l'association représentait aussi un instrument de reconnaissance et de valorisation institutionnelle. ». Dans son expérience, c'est le médecin qui initie la dynamique et impulse la structuration, tout en évitant soigneusement d'en assumer la présidence (on connaît la charge de travail administratif qui accompagne ce statut associatif faussement prestigieux...). Jean-Michel Poitre précise que : « Le docteur Aubin avait cette vision et que, pendant longtemps, il a été très moteur dans l'organisation avec les autres médecins. Cette place lui donnait de l'importance, mais il restait prudent sur les rôles visibles dans l'associatif. Finalement, l'initiative est bien médicale, et les médecins s'arrangent pour trouver des présidents, mais se gardent bien de l'être eux-mêmes. » (PJM, 699-706). Dans le sillage de cette impulsion, les infirmier·ères, et particulièrement les ISP, investissent pourtant l'associatif avec force. Ils prennent souvent à leur charge le travail d'animation, d'organisation et de gestion. Ce positionnement, entre impulsion et relégation, alimente une dynamique d'empowerment à la fois fragile et structurante. Si sa portée demeure limitée dans un contexte institutionnel encore largement contraint, il révèle néanmoins une capacité infirmière à initier, à inventer et à penser autrement le soin, malgré les tensions internes à la profession. La revue *Dérive* en 1982 donne d'ailleurs la parole à des infirmiers critiques, comme Y. Cattin, qui constate « l'éclatement » de la profession et la difficulté persistante à se constituer collectivement dans le nouvel espace de la sectorisation (Archive, AP-8, pp.12-16). Les témoignages insistent sur l'ambivalence de ce moment. D'un côté, on retrouve la liberté de faire, l'accès à des responsabilités inédites et la possibilité de mener des projets. De l'autre, la hiérarchie

implicite perdue et l'impression domine de ne jamais pouvoir vraiment revendiquer un espace propre.

Dans ce contexte, l'engagement associatif s'impose davantage comme une modalité d'ajustement créatif que comme une alternative radicale au syndicalisme ou à la structure hospitalière. Les initiatives portées par les associations visent autant à renforcer la légitimité des ISP qu'à fluidifier le dialogue avec le corps médical ou à créer des espaces de négociation collective, parfois en trouvant des marges de manœuvre sur le plan des financements ou des pratiques de soin. À la lumière du modèle de Zimmerman, ces dynamiques associatives représentent bien une forme d'empowerment interactionnel et comportemental qui, sans être universelle, touche significativement de nombreux infirmier.ères dans la psychiatrie clermontoise. Cette capacité d'agir collective, ancrée dans des contextes spécifiques, permet d'insuffler au soin une dimension plus inventive, plus participative et plus résistante aux logiques institutionnelles fermées. L'engagement associatif apparaît ainsi dans les récits comme une voie féconde pour transformer, plus que simplement contourner, certaines contraintes de l'institution psychiatrique. Si cette dynamique connaît des intensités variables selon les lieux et les personnes, l'effervescence créative qu'elle suscite prépare le terrain à une ambition nouvelle. Il s'agit de fédérer ces énergies dispersées, de donner une portée nationale à la parole infirmière en psychiatrie et d'inscrire dans l'histoire professionnelle ce pouvoir d'agir collectif qui, malgré sa fragilité, porte en lui le germe d'une transformation durable.

C'est dans ce terreau d'expériences locales, d'initiatives hétérogènes et parfois disjointes que s'élabore, au début des années 1980, une nouvelle tentative de structuration collective. L'ANFIP émerge alors non comme une synthèse unificatrice, mais comme une tentative singulière de porter une parole infirmière à l'échelle nationale. Elle prolonge certaines dynamiques locales tout en les redéployant dans un espace politique plus large, avec


l'ambition de faire entendre une voix infirmière psychiatrique capable de peser dans le débat professionnel. La genèse et le parcours de cette fédération permettent ainsi de saisir, dans leur complexité, les tensions, les promesses et les réalisations concrètes d'un empowerment collectif en quête de reconnaissance.

6.4.3. Faire entendre une voix collective. De l'initiative locale à l'ANFIP. L'histoire de l'Association nationale française des infirmiers psychiatriques (ANFIP) s'inscrit dans une dynamique d'émancipation progressive, née d'une conviction profonde. C'est en 1982 qu'André Merle ressent l'urgence vitale de fédérer une profession dispersée, trop souvent invisibilisée : « Syndicalement, ça ne représentait pas un monde professionnel. Le monde professionnel de l'infirmier, c'était autre chose. J'ai dit à Tapissier : il faut qu'on rassemble des gens pour faire une association. [...] Dans les congrès médico-sociaux, on retrouvait surtout les hôpitaux généraux. Ils avaient du poids, les soins généraux étaient valorisés » (MA, 199–203). Porté par cette réflexion critique, il impulse le projet associatif. Le 14 mai 1982, l'Association nationale française des infirmiers psychiatriques, qui s'élargira bientôt en Fédération nationale des associations d'infirmiers du secteur psychiatrique, est constituée (Letourneau & Dupeux, 1991, p.30) (Archive, AA-1).

Dès ses premiers pas, le projet ambitionne de dépasser les frontières traditionnelles du syndicalisme pour construire un espace de parole véritablement autonome, capable de défendre la spécificité d'un métier souvent méconnu : « Pendant les grèves, il fallait quelque chose en parallèle du syndicat, des rails plus professionnels. Il y avait un vrai besoin » (TA&MA, 334). Les débuts de l'ANFIP portent l'empreinte d'un certain artisanat militant, fait de débrouillardise et d'engagement personnel. André Tapissier se remémore : « Pour démarrer, oui, on a mis de notre poche, même pour se déplacer. Je me souviens, on avait acheté un répondeur d'occasion avec des bandes magnétiques. Je disais : "Putain, ça n'arrête pas de sonner !" Mais les bandes pétaient tout le temps » (TA&MA, 403). Les premières

annonces, d'abord diffusées dans la presse locale puis, grâce aux premiers moyens financiers, dans des journaux nationaux comme *Le Monde* et *Libération*, déclenchent un afflux croissant d'adhésions. Dominique Vigier, qui rejoint plus tard l'aventure, témoigne de cette expansion rapide : « On a eu des adhésions partout en France. [...] Il y avait un vrai maillage » (VD, 707–709). Ce passage d'une initiative artisanale locale à un réseau national structuré consacre la montée en puissance d'une fédération désormais reconnue.

Au cœur de cette dynamique collective, la formation s'impose comme un axe central d'empowerment, comme l'explique Dominique Vigier : « J'ai monté un département formation, au départ en animant des sessions moi-même, puis en organisant et structurant la formation des autres. L'objectif principal de l'association était la reconnaissance des infirmiers psychiatriques. Il fallait affirmer notre rôle, notre fonction et notre légitimité » (VD, 599–601). Pour cet infirmier engagé, l'ANFIP devait permettre aux soignant·es de sortir de l'ombre, d'assumer pleinement leur responsabilité professionnelle, de rompre avec un silence collectif trop longtemps imposé : « On voulait qu'ils assument leur posture soignante, qu'ils se positionnent. Parce qu'il y a un problème dans le collectif : il peut noyer les responsabilités individuelles [...] C'était presque un discours politique » (VD, 655–661). Le sommaire du compte-rendu des stages proposés par l'ANFIP en 1987 donne à voir cette remarquable renouveau et ambitieux programme pédagogique (Figure 16 ; Archive ; AA-4) :



**Association
Nationale
Fédérale des
Infirmier(e)s en
Psychiatrie**

COMPTÉ-RENDU STAGE A.N.F.I.P. 87
=====

SOMMAIRE
====

=====

i.s.p. et perspectives d'avenir (A. TAPISSIER)	01
Les I.S.P. et l'université (D. LETOURNEAU)	03
La musicothérapie (J.P. PICHON / B. FOSSEY)	09
Le psychodrame (G. HIRARD / R. HIRARD)	11
L'expression active (J.P. PICHON / S. SACCON)	18
Approche de l'art thérapie (R. HIRARD)	21
Les ateliers thérapeutiques (J.M. FOSSEY)	34
La conduite des réunions (D. CATHERINE / S. LOQUET)	44
Méthodologie et soins infirmiers (A. BLANDAMOUR)	58
. définition des actes professionnels (EXPRESSION n.9).	07
Rapprochement des diplômes I.S.P. / I.D.E. (D. DUFEUX) (EXPRESSION N. 9)	03

Figure 16. Sommaire du compte-rendu de stage de l'Association Nationale Fédérale des Infirmiers en Psychiatrie (ANFIP), 1987. Archive associative (Archive, AA- 4).

La reconnaissance institutionnelle ne tarde pas à venir. L'ANFIP s'impose rapidement dans les débats nationaux sur le diplôme unique, intègre les négociations ministérielles et transfère son siège à Paris pour renforcer son influence politique (VD, 721-723). Dominique Vigier l'affirme avec une fierté non dissimulée : « Nous avons eu une reconnaissance nationale. [...] Nous étions reconnus par le ministère comme des interlocuteurs légitimes »

(VD, 609–612). Cet acteur de premier plan dans l'association revient sur cette dynamique capable non seulement de fédérer mais aussi d'assumer un soutien logistique d'envergure comme lors des mouvements infirmiers de 1988. L'ANFIP grâce à son réseau militant va réserver des wagons entiers en gare de Clermont-Ferrand pour acheminer les infirmier.ères clermontois vers les grandes manifestations nationales parisiennes.

La dissolution progressive de l'ANFIP après la réforme de 1992 instaurant le diplôme unique marque la fin d'un cycle collectif. Mais il serait réducteur de ne pas reconnaître, comme nous l'avons vu plus en détail dans le chapitre quatre sur la documentation du diplôme commun, l'apogée sans précédent que représente ce moment où l'ANFIP parvient à s'imposer comme interlocuteur incontournable dans les négociations nationales sur la formation et la reconnaissance de la profession infirmière en transformation. Cette période, fruit d'années de tissage de liens, de formation continue et de politisation progressive, voit l'association porter haut la spécificité infirmière psychiatrique, dialoguer d'égal à égal avec les instances ministérielles, et porter sur la place publique la parole d'un collectif trop longtemps marginalisé. Ce point culminant d'émancipation professionnelle, où des ISP deviennent acteurs et non plus simples spectateurs de leur propre réforme, révèle toute la puissance du chemin parcouru.

Cette aventure fédérative n'a néanmoins jamais été exempte de tensions internes et de débats passionnés. Alain Frobert, par exemple, exprime ses réserves assumées quant à l'orientation prise par l'association : « Dès le début, j'ai vu dans cette démarche une volonté d'aligner la psychiatrie sur le modèle généraliste. C'était un renoncement » (FA, 877–878). XY pointe quant à lui le risque d'émergence d'une élite intellectuelle, « un peu prout-prout », parfois déconnectée des réalités quotidiennes du terrain et des préoccupations concrètes des équipes (XY, 215–218). Dominique Vigier nuance ce regard critique : « Ça partait d'un noyau, c'est sûr. Un noyau avec une réflexion plus poussée, mais qui ne se revendiquait pas

comme une élite. [...] On venait mettre en mots ce qu'eux ressentaient, et ça leur parlait » (VD, 700–704). Au-delà de ces désaccords et de ces critiques, ce qui s'est construit au fil de l'histoire de l'ANFIP relève d'une expérience rare et précieuse, qui a consisté à fédérer une profession éclatée, à produire du collectif là où régnait l'isolement, et à s'imposer comme force de proposition dans le débat national.

Pour Didier Dupeux secrétaire au départ puis président à son tour de l'ANFIP, cette reconnaissance durement acquise reste néanmoins entachée par l'amertume d'une spécialisation finalement refusée : « On n'a eu ni l'un ni l'autre. Le bilan, c'est un fiasco » (DD-Q, 415–417). Cette tentative, peut-être inachevée ou partiellement contrariée, a néanmoins redéfini l'horizon des possibles pour les infirmier·ères psychiatriques et laissé une empreinte indélébile dans la mémoire et l'identité d'une profession en quête de reconnaissance. Il reste, de l'ANFIP, bien plus qu'une simple trace institutionnelle ou le souvenir amer d'un échec politique. Il reste l'histoire, singulière et puissante, d'un collectif de soignant·es qui, à un moment donné de leur parcours, ont décidé que leur silence professionnel ne leur convenait plus. Il reste cette détermination à ne pas seulement subir les transformations profondes du soin psychiatrique, mais à y prendre part activement, à y peser de tout leur poids, et même à en contester ouvertement les termes. À refuser, fondamentalement, que d'autres continuent à parler à leur place. Il reste ce téléphone bricolé, dont les bandes magnétiques se chargeaient jour après jour de nouvelles voix cherchant à rejoindre une cause commune. Il reste ces premières annonces dans *Le Monde* ou *Libération*, ces trajets financés sur fonds personnels, cette conviction inébranlable qu'une parole infirmière psychiatrique collective pouvait exister, tenir, se faire entendre. Il reste ces formations innovantes organisées en marge des cadres officiels, ces débats passionnés, ces désaccords assumés, ces compromis parfois introuvables, mais jamais dépourvus de sens. Il reste aussi les tensions vives qui ont traversé ce mouvement. La crainte légitime de voir se

diluer une spécificité professionnelle chèrement acquise. Les accusations d'élitisme lancées contre certains porte-parole. Les blessures identitaires face à une réforme finalement imposée. L'impression, parfois douloureuse, que l'essence même du métier échappait au discours collectif, que l'avant-garde parlait un langage que les cliniciens du quotidien ne reconnaissaient plus tout à fait comme le leur. Mais ce qu'il reste surtout, c'est l'expérience rare et précieuse d'un empowerment psychologique collectif, tel que nous l'avons défini précédemment avec un processus transformateur dans lequel des soignant·es, individuellement et collectivement, ont pu développer une confiance nouvelle dans leur légitimité à agir (dimension intrapersonnelle), apprendre à décrypter, investir et transformer les rapports de pouvoir institutionnels (dimension interactionnelle), et inventer des formes concrètes d'action, de formation et de prise de parole partagée (dimension comportementale).

L'ANFIP, en cela, ne fut selon moi pas un simple épisode organisationnel parmi d'autres. Elle fut la démonstration vivante – imparfaite certes, mais profondément marquante – que la profession infirmière en psychiatrie pouvait se doter, collectivement, d'une parole autonome, d'un horizon commun et d'une réelle capacité de négociation. C'est précisément cette possibilité, brièvement ouverte puis refermée, qui fait de l'ANFIP un moment décisif dans l'histoire de l'empowerment infirmier psychiatrique. Non pas seulement pour ce qu'elle a conquis concrètement, mais pour ce qu'elle a rendu pensable, vécu, et transmis aux générations suivantes.

En retraçant les différentes formes d'organisation collective — du syndicat aux associations, jusqu'à la tentative fédérative de l'ANFIP — cette section a donné à voir la richesse et la complexité des dynamiques d'empowerment psychologique portées par les infirmier·ères psychiatriques. Le pouvoir d'agir s'est construit pas à pas, dans les luttes sociales parfois âpres, dans les marges associatives fécondes, dans les formations inventées ensemble, dans les tribunes rédigées à contre-courant des discours dominants. Il a pris corps

dans la solidarité quotidienne, dans l'élan créatif, dans l'émergence d'une parole collective longtemps étouffée. Il a laissé des traces durables dans l'identité même d'une profession. Mais ce pouvoir, aussi affirmé soit-il, n'a jamais évolué sans rencontrer d'obstacles. Résistances externes d'abord, celles d'un pouvoir médical fortement ancré dans les espaces décisionnels français, dans les formes de légitimation, dans les représentations mêmes de ce que signifie soigner en psychiatrie. Résistances internes également, au sein même du groupe infirmier, où les hiérarchies genrées, les effets générationnels ou les lignes de fracture professionnelles sont venues freiner certaines formes d'émancipation collective. L'empowerment ne s'est pas manifesté uniformément dans tous les espaces, et les soignantes, en particulier, ont souvent dû composer avec une double invisibilité — professionnelle et genrée. C'est précisément dans cet entrelacs complexe de dynamiques contradictoires que s'enracine la réflexion qui va suivre. Elle ne portera plus seulement sur ce que les infirmier·ères ont su conquérir, mais aussi sur ce qui leur a été concédé, refusé, ou subtilement réassigné par d'autres acteurs institutionnels. L'autonomie, dans ce contexte, ne se présente jamais comme un acquis définitif. Elle se négocie constamment, se conditionne à certains compromis, parfois se paye au prix fort. Ce sont justement ces formes persistantes de pouvoir médical, et les mécanismes plus silencieux d'une reconnaissance empêchée, que la prochaine section invite à explorer.

6.5. Une dialectique de l'autonomie sous condition

Les récits recueillis mettent en lumière un paradoxe central du processus étudié. Même dans la période d'ouverture des années 1970-1980, l'autonomie infirmière ne s'est jamais pleinement émancipée des rapports de pouvoir persistants, des hiérarchies implicites et des reconnaissances toujours différées. Cette section vise à éclairer cet aspect en apportant des nuances à l'analyse des processus d'empowerment que j'ai précédemment mis en évidence. Il s'agira d'y examiner trois dynamiques qui limitent ou complexifient le pouvoir d'agir infirmier. Seront explorés tour à tour : l'ambivalence des rapports au pouvoir médical,

les effets différenciateurs du genre au sein même de la profession, et enfin, les transformations institutionnelles contemporaines qui restreignent aujourd'hui les marges de manœuvre des équipes infirmières.

6.5.1. Paternalisme médical et patriarcat : l'autonomie infirmière sous surveillance. Dans les récits recueillis auprès des témoins ISP, une constante affleure avec un pouvoir médical omniprésent, structurant, mais dont l'influence prend des formes plus complexes que la simple autorité frontale. Il ne s'agit pas ici d'un affrontement, ni même d'une opposition directe, mais d'un rapport ambivalent, où l'autonomie infirmière cohabite avec une confiscation symbolique des résultats et une subordination structurelle qui ne dit pas toujours son nom. Jean-Pierre Erragne, qui a exercé dans les années 1970 aux côtés de figures médicales réputées progressistes comme les docteurs Aubin et Michel, nous livre une lecture critique. « On les disait progressistes, mais c'est relatif... Ils avaient un discours qui faisait croire qu'ils s'intéressaient aux nouvelles pratiques » (EJP, 299–302). Il poursuit avec une lucidité désabusée « Moi, j'ai toujours pensé qu'ils nous manipulaient. Il achetait la paix sociale en nous disant ce qu'on voulait entendre » (EJP, 308–309). Ce qui se donne à voir ici, c'est moins la figure d'un paternalisme explicite que celle d'une ouverture contrôlée. Selon ce témoin, dans les années 1970, le discours médical se fait accueillant, l'écoute semble sincère, mais l'autonomie accordée reste circonscrite. Dans les faits, le pouvoir médical organise, canalise, valide ou retient. Les marges d'action existent, mais elles ne sont jamais tout à fait libres : elles s'inscrivent dans un jeu d'équilibre permanent, fait de tolérance, de surveillance et de captation symbolique.

Dans les récits que j'ai recueillis, cette forme de contrôle n'a toutefois jamais été dépeinte comme une simple domination verticale. Dominique Vigier évoque la tension du « chef d'orchestre » à travers son témoignage « Le médecin-chef aimait ce mouvement, donc il jouait un peu le rôle de chef d'orchestre » (VD, 448). Ici, le paternalisme donne un cadre,

accorde une liberté d'action relative, mais ne lâche jamais la baguette. L'autonomie soignante est réelle, mais surveillée, validée, parfois récupérée. La phrase d'André Tapissier « Ils ont volé notre victoire » (TA, 430–431) tranche dans cette apparente harmonie. Elle porte une amertume sourde, un désenchantement lucide. Elle dit l'expérience d'une dépossession. Celle où les actions les plus audacieuses, les innovations collectives nées sur le terrain, finissent absorbées dans le récit médical dominant. Ce n'est pas là une querelle d'égos, mais un déplacement de la reconnaissance, un effacement symbolique, ce que l'on pourrait peut-être même qualifier aujourd'hui d'injustice épistémique. Ce que les infirmier·ères psychiatriques ont semé, d'autres le moissonnent parfois sous d'autres noms, dans d'autres sphères, avec d'autres titres... Cette forme de paternalisme médical apparaît alors comme une condition d'existence de l'empowerment comportemental. Il permet d'agir, mais limite l'inscription de cet agir dans la reconnaissance institutionnelle. D'autres témoins comme Jean-Luc Ambert soulignent que l'autonomie est plus souvent accordée que conquise. Le médecin-chef favorable devient l'allié qui rend possible l'action, sans jamais garantir de changement structurel. Les espaces d'innovation, d'expérimentation, sont tolérés, parfois même encouragés, mais ils restent toujours dépendants d'une forme d'aval, de parrainage ou d'onction médicale. Jean-Michel Poitre dévoile, sans détour, la mécanique de la validation médicale dans un témoignage révélateur « Les deux autres projets que j'avais montés avaient été signés par le docteur Catherine Fayolet. Le Dr Aubin m'avait dit que pour que ça soit validé, il fallait qu'un médecin appose sa signature. "Si ça vous dérange, je peux demander au docteur Fayolet ?" m'avait-il dit. Qu'est-ce que tu veux répondre à ça ? On en était là... » (PJM, 284–287). Le geste infirmier s'efface derrière la légitimité médicale, la figure du médecin restant, jusque dans la forme, le garant et le filtre du changement.

Ce qui se joue, dans ces scènes du soin psychiatrique, n'est pas sans rapport avec un patriarcat plus diffus, une logique d'organisation masculine du pouvoir et de la légitimité.

Même si la domination ne se manifeste pas toujours de façon brutale ou déclarée, l'ordre des places et la distribution des rôles restent profondément genrés. La reconnaissance institutionnelle passe par un modèle où l'autorité, la parole et la validation demeurent majoritairement masculines, héritées d'une histoire où la profession médicale incarne la norme. Ce paternalisme et ce patriarcat ne sont pas que subis. En effet, ils peuvent être paradoxalement, idéalisés ou valorisés par certaines infirmières, qui y voient aussi une figure d'inspiration ou de révélation professionnelle. Francine Longerin as évoque ainsi, non sans respect, la figure d'un médecin-chef qui « il nous faisait confiance, tant qu'on suivait une trajectoire claire et un projet de soins structuré » (LF, 173–174). Corinne Béréjnoj, de son côté, mobilise une image positive chargée de symbolisme « Les médecins ont souvent été des révélateurs dans ma carrière... comme en photographie, ils ont développé mon parcours » (CB, 572–575). Ce sont là des images puissantes, mais qui rappellent combien le savoir infirmier se construit encore, en creux, sous la lumière projetée par la figure médicale reconnue. Cette dynamique révèle une double structure d'empêchement. Le paternalisme contrôle l'autonomie à l'intérieur même de la relation professionnelle, en organisant ce qui peut être dit, initié ou reconnu. En toile de fond, le patriarcat inscrit l'ordre médical dans une logique plus vaste, marquée par l'héritage masculin, l'exclusion symbolique et la reconnaissance différée. L'autonomie infirmière se joue donc dans ce double entrelacs. Elle se conquiert, se négocie, s'exprime sous surveillance.

Ce double jeu du paternalisme et du patriarcat ne façonne pas seulement l'accès à l'autonomie professionnelle. Il imprime aussi ses marques dans les parcours, les imaginaires et la reconnaissance différenciée des soignant·es. Si l'espace d'action des infirmier·ères s'est négocié sous surveillance médicale, il s'est également distribué, souvent silencieusement, selon des logiques de genre. Derrière la question de l'autonomie ou de la confiscation symbolique, une autre frontière persiste, traversant la profession elle-même et assignant les

femmes à des marges spécifiques. Ainsi se réinvente sans cesse la condition d'une reconnaissance empêchée au féminin. À ce point du récit, l'histoire de l'autonomie infirmière ne peut plus s'envisager sans interroger la façon dont le genre, l'invisibilité et le pouvoir d'agir s'entrelacent et redéfinissent, silencieusement parfois, la place des soignantes au sein de l'institution psychiatrique.

6.5.2. Un pouvoir d'agir différencié. Le genre comme ligne de fracture. Dans les trajectoires recueillies, la question du genre ne se laisse jamais enfermer dans une opposition simple. Beaucoup d'infirmières psychiatriques ont exercé leur pouvoir d'agir, développé des pratiques innovantes, et participé activement à la vie collective. Pourtant, leur contribution reste souvent en retrait dans les récits institutionnels ou associatifs. Si les femmes apparaissent peu dans les premiers rôles, que ce soit à l'ANFIP ou dans les espaces collectifs de représentation, ce n'est pas en raison d'un manque d'engagement de leur part. C'est plutôt le résultat d'une distribution inégale de la légitimité et de la reconnaissance, mise en évidence par cette approche historique menée « par le bas ». Les espaces du pouvoir, qu'ils soient syndicaux, associatifs ou de formation, restent en effet massivement investis par les figures masculines.

Joëlle Buisson nous confie ainsi une expérience de déclassement vécue lors d'un transfert de service, alors qu'elle arrive dans une équipe à l'avant-garde du soin, mais très masculine. Son témoignage révèle la rudesse des rapports professionnels genrés « Franchement, on a été mises à l'écart, considérées comme des novices. Il y a eu des situations difficiles, même inacceptables. Oui, il a fallu se battre. Il y a eu un conflit, on a été rejetées. C'était lourd. » (BJ, 913–918). Elle ajoute avec une émotion contenue que dans cette équipe, « on nous renvoyait gentiment que... qu'on était un peu vieilles. Que ce n'était plus comme ça maintenant. » (BJ, 1019–1021). La parole féminine est ainsi minorée, et l'expérience, reléguée. Cette disqualification symbolique ne signifie pas pour autant que les infirmières

restent absentes du soin en mouvement. Au contraire, leur engagement s'exprime souvent autrement, dans des pratiques quotidiennes de soin, de continuité et d'accompagnement.

Joëlle Buisson insiste sur l'importance des visites à domicile, qu'elle a défendues avec une ténacité remarquable « J'ai réussi à garder ce travail de suivi à domicile. Après, on a changé de médecin. Celui qui est arrivé était contre les visites à domicile. Quand une autre médecin est arrivée, j'ai dû me battre pour continuer. Parce qu'on voulait nous l'enlever, tout simplement. » (BJ, 966–971). Son récit montre que l'empowerment au féminin, s'il ne prend pas toujours la forme du leadership public, s'exerce dans la persévérance, l'ajustement, la défense du lien avec les patient·es.

L'innovation relationnelle, les gestes du quotidien, le maintien du soin en dehors de l'hôpital constituent autant de contributions structurantes qui restent pourtant largement invisibilisées dans les récits institutionnels dominants. Dans les secteurs étudiés, ces pratiques relèvent d'une dynamique du *care* — attention, ajustements, continuité du lien — historiquement dévaluée et féminisée dans la division du travail soignant (Tronto, 1993 ; Paperman & Laugier, 2020). Lorsque Monique Chalençon évoque, par exemple, les journées de ski partagées avec les patient·es au Guéry ou des participations occasionnelles à des compétitions (CM, 373–376), elle le fait avec simplicité et retenue : ce qui frappe, ce n'est pas seulement l'existence de ces pratiques, mais leur mode discret de transmission et d'autoreprésentation, conforme au statut minoré des fonctions de *care* dans l'hôpital. Autrement dit, l'apport clinique de ces gestes (tenir le rythme, accompagner les passages, travailler l'ordinaire) n'est pas absent ; il est peu nommé et peu reconnu, en particulier lorsqu'il est porté par des équipes majoritairement féminines. Les infirmières semblent elles-mêmes minimiser la portée innovante de leur engagement, intériorisant une forme d'auto-minoration de leur propre pouvoir d'agir. En tant que chercheur, il est d'ailleurs significatif que Monique Chalençon ait exprimé le besoin de venir témoigner accompagnée de son

inséparable amie et collègue Marie-Thérèse Hameau avec laquelle elle avait partagé ces expériences. Si cette démarche s'inscrit naturellement dans une histoire d'amitié et de complicité professionnelle, dans le cadre de cette analyse théorique elle révèle aussi une forme de soutien mutuel nécessaire pour oser s'autoriser à dire et à valoriser publiquement leurs propres initiatives et qui est, comme la littérature de sciences sociales l'a montré, une caractéristique particulièrement genrée. Ce déséquilibre traverse aussi la perception sociale du soin. Monique Chalencçon rapporte avec une pointe d'ironie révélatrice au sujet de la formation professionnelle : « On disait que ceux qui allaient souvent en formation cherchaient à divorcer. Nous étions vues comme celles qui voulaient toujours innover. Ce n'était pas forcément apprécié. » (CM, 529, 534–535). S'engager dans la formation ou dans de nouveaux dispositifs, pour une femme, pouvait ainsi devenir suspect, ou à tout le moins, moqué. Les trajectoires professionnelles féminines se caractérisent également par des discontinuités imposées. Jocelyne Lamy évoque la précarité de la continuité professionnelle dans une observation empreinte de ressentiment : « J'ai eu un enfant, et après mon retour de maternité, j'ai été affectée en long séjour. [...] Ça a un peu coupé mon parcours. » (JL, 187–188). La maternité, loin de constituer une interruption sans conséquence, engendre fréquemment une relégation tacite ou une marginalisation professionnelle, attestant de la persistance des assignations genrées au sein même des parcours d'émancipation. Par ailleurs, les discours managériaux demeurent imprégnés de présupposés liés au genre. André Tapissier relate la sollicitation d'un médecin-chef l'invitant à intervenir dans un groupe à travers ce témoignage révélateur des biais structurels : « car c'était un peu le bazar, notamment avec les femmes. Il voulait aussi une présence masculine. » (TA, 450–451). Cette déclaration cristallise une représentation encore profondément sexuée du soin psychiatrique, où l'intervention masculine est convoquée comme vecteur de restauration de l'ordre institutionnel.

Pourtant, malgré ces obstacles, l'histoire de l'empowerment infirmier au féminin est aussi celle d'une résistance tenace et inventive. Joëlle Buisson revendique sans détour la dimension relationnelle du soin à domicile avec une passion manifeste « J'ai eu énormément de plaisir à partager ces moments avec les patients chez eux. Être dans leur milieu, me mettre à leur niveau, c'était la meilleure façon de les prendre en charge. Pour moi, c'est ça, la meilleure prise en charge que j'ai pu faire. » (BJ, 1244–1246). Elle conclut avec une conviction profonde « Être face à face avec le patient, parler de ses problèmes là où il vit, c'est le cœur du métier, en fait. » (BJ, 1249–1250). Ce pouvoir d'agir discret, ancré dans l'attention, la proximité et la fidélité au soin, constitue une modalité d'empowerment tout aussi structurante, même si elle demeure moins reconnue institutionnellement. Les femmes ISP n'ont pas été absentes du changement, mais leur action s'est souvent inscrite dans l'ombre des grandes transformations collectives. Cette histoire, faite de courage quotidien, d'ajustements constants et de gestes préservés, mérite aujourd'hui d'être pleinement reconnue dans la mémoire du soin psychiatrique.

Ce détour par les trajectoires féminines met en évidence la manière dont le genre vient reconfigurer, en profondeur, chacune des dimensions de l'empowerment telles que les distingue Zimmerman. Sur le plan intrapersonnel, il forge une confiance à bas bruit, souvent ancrée dans la répétition et la proximité du soin. Sur le plan comportemental, il impose de lutter pour préserver ce qui semble aller de soi pour d'autres, chaque initiative devenant un acte de résistance. Sur le plan interactionnel, il limite ou fragilise l'accès aux espaces de reconnaissance et de valorisation collective. En osant regarder sous cette lentille, il apparaît que l'autonomie professionnelle ne se joue jamais à armes égales, ni sur des territoires totalement acquis. Les avancées obtenues peuvent toujours se retourner, s'épuiser ou donner naissance à de nouveaux désajustements. C'est dans ce mouvement, fait de reconfigurations, de fragilités mais aussi de possibles, que s'ouvre la réflexion suivante : celle des

retournements du cadre, des processus de désautonomisation et des tensions contemporaines du pouvoir d'agir infirmier.

6.5.3 Le retournement du cadre : disempowerment et désajustements contemporains. À partir du milieu des années 1990, les témoignages recueillis à Clermont-Ferrand rejoignent les observations de Dominique Letourneau à l'échelle nationale : ils convergent tous vers le constat d'un profond retournement du cadre professionnel. Là où, pendant deux décennies, l'initiative, l'engagement collectif et la créativité clinique avaient permis l'ouverture de nouveaux espaces, la période qui s'ouvre alors est marquée par une fermeture progressive, vécue comme une dépossession du pouvoir d'agir.

Alain Frobert nomme explicitement ce basculement avec une lucidité amère « La psychiatrie gestionnaire a pris le dessus sur la psychiatrie institutionnelle et clinique » (FA, 709). Ce glissement ne se limite pas à une évolution organisationnelle. Il s'incarne au quotidien dans l'avènement d'un habitus administratif et sécuritaire qui redéfinit en profondeur les gestes et les repères du métier. La traçabilité, la gestion des risques, la conformité aux procédures deviennent des impératifs structurants. Jean-Luc Ambert le dit sans ambages, dans un constat cinglant « Aujourd'hui, il n'y a plus aucune autonomie. Ils passent leur temps sur les ordis. » (AJL, 744–749). Jocelyne Lamy évoque, avec une forme de mélancolie palpable, la perte de cette autonomie intuitive et ajustée au réel « Avant, si un patient ne rentrait pas de permission, on prenait une voiture et on allait le chercher nous-mêmes. Ensuite, ça n'a plus été possible, il fallait passer par toute la hiérarchie avant d'intervenir » (LJ, 253–254). Le soin, longtemps conçu comme espace de dialogue et d'improvisation collective, se referme sur des chaînes de validation, des indicateurs de conformité et des protocoles imposés. Corinne Brejnoi résume ce ressenti partagé dans une formule lapidaire « Les protocoles ont tout écrasé. Plus de bon sens infirmier, plus d'initiative » (BJ, 1436). Ce retournement institutionnel s'accompagne d'un changement de paradigme où

l'accent porté sur la sécurité et la gestion du risque produit une subjectivité professionnelle nouvelle davantage préoccupée par l'absence de faute que par la présence au soin. Monique Chalençon raconte un épisode emblématique qui révèle la tension entre deux conceptions du soin « L'ordre était de le mettre à l'isolement dès son arrivée. Le médecin nous a dit qu'il fallait l'attacher pour éviter qu'il ne se suicide. J'ai proposé de rester avec le patient, de parler, de faire autrement, mais cette initiative n'avait plus vraiment de place » (CM, 620–626). Le soin s'aligne désormais sur la prévention de la déviance, la limitation de la responsabilité, et la recherche du risque zéro. Didier Dupeux propose une analyse sociologique lucide de cette mutation, qu'il relie à la montée d'un individualisme porté par les politiques publiques et l'idéologie libérale « Le collectif, c'est terminé. C'est devenu chacun pour soi. L'individualisme a tout emporté » (DD, 622–623). Selon lui, l'habitus administratif, tel que l'a pensé Pierre Bourdieu, vient redoubler cette normalisation en incorporant, au plus intime des pratiques, la conformité, le contrôle et la justification permanente. La capacité à inventer, à s'engager collectivement, à tisser du lien devient minoritaire, marginalisée par la logique gestionnaire. L'écriture professionnelle elle-même, autrefois conquête d'un espace de reconnaissance, est désormais vécue comme instrument de contrôle et d'invisibilisation du soin relationnel. Jocelyne Lamy témoigne avec un sentiment d'impuissance « On écrit uniquement en cas de problème. Tout ce qui est positif, tout ce qui est de l'ordre du lien, on ne sait pas où l'écrire » (LJ, 579–584). Joëlle Buisson va dans le même sens, soulignant l'impossibilité de quantifier l'essentiel « Tout ce qui était informel, ça n'a plus de place. Ça ne peut pas se quantifier » (BJ, 1037–1044).

La grille de Zimmerman permet de rendre compte de la portée de ce retournement. Sur le plan comportemental, l'initiative se dilue dans la conformité et la traçabilité. Sur le plan interactionnel, la capacité à influencer l'environnement professionnel s'amenuise au profit de la procédure et du chiffre. Sur le plan intrapersonnel, la confiance issue du

compagnonnage et du collectif s'érode, laissant place à un sentiment de dépossession ou de désengagement. Les marges d'action ne disparaissent pas totalement, mais elles se voient resserrées, rendues invisibles, voire suspectes. Ce processus de désautonomisation, loin d'être une simple nostalgie, est vécu par nombre de témoins comme une mutation profonde de la profession. L'empowerment psychologique, tel qu'il avait été forgé dans la créativité, le compagnonnage et l'expérimentation, se trouve déplacé à la périphérie du champ, fragmenté, assigné à des espaces de résistance ou de mémoire.

Au terme de ce parcours, le pouvoir d'agir infirmier se révèle bien moins comme une conquête linéaire que comme une traversée de tensions et de réagencements successifs. À Clermont-Ferrand, l'autonomie professionnelle s'est négociée en permanence avec les figures du pouvoir médical, s'est exprimée de façon différenciée selon le genre, et s'est finalement confrontée à un contexte gestionnaire inédit. Ce cheminement donne à voir une histoire de la subjectivation collective qui ne s'écrit ni dans la stabilité, ni dans la disparition, mais dans l'art des équilibres précaires, des poches de résistance et des ajustements constants. Cette section emplies de nuances laisse ainsi entrevoir un empowerment psychologique toujours en mouvement, souvent fragilisé, parfois récupéré, mais jamais complètement éteint. Dans cette configuration mouvante, une question s'impose. Si l'action directe et l'initiative collective semblent aujourd'hui se refermer sous l'effet des normes et de l'habitus gestionnaire, où réside encore la possibilité du pouvoir d'agir ? Comment l'empowerment psychologique ne disparaît pas, du moins pas totalement, et comment, se recompose-t-il dans les marges, dans la mémoire, ou dans de nouveaux espaces ? La réflexion se poursuit désormais autour de la formation, de la transmission et de l'écriture comme autant de terrains où le savoir infirmier, par sa capacité à penser, à dire et à relier, continue d'alimenter la réflexivité critique et de soutenir les formes contemporaines de résistance et d'inventivité professionnelles.

6.6. Penser, écrire, transmettre. Un empowerment réflexif.

L'histoire des ISP à Clermont-Ferrand ne se résume pas aux dynamiques collectives ou aux luttes institutionnelles. Elle se déploie également dans un versant moins visible, mais tout aussi structurant avec celui du savoir, de la formation et de l'écriture. Dès les premiers temps de l'expérimentation collective, cette élaboration intellectuelle accompagne l'autonomisation du métier, sert de levier et de refuge, et nourrit la subjectivation professionnelle dans la durée.

Le passage à l'université a marqué un tournant pour plusieurs témoins de l'étude. André Tapissier, André Merlé, Didier Dupeux, Dominique Vigier, entre autres, s'inscrivent en maîtrise ou en Diplôme d'études approfondies (DEA) à une époque où ce chemin était tout sauf évident pour des soignants. Cette démarche, vécue comme une conquête intellectuelle et symbolique, donne naissance à une série de mémoires et de recherches aujourd'hui conservés à la bibliothèque de l'institution, formant un fonds d'archives précieux qui témoigne de la montée en puissance de la réflexivité infirmière (Archive, AI-2). Comme le souligne Didier Dupeux dans son témoignage, « Tapissier était dans une démarche d'inscription universitaire, ce qui était totalement inédit » (DD, 388), et ce saut a ouvert la voie à une légitimation nouvelle « On se sentait à la fois isolé et très libre. Cela donnait de la légitimité à notre parole » (DD, 501–502). La formation professionnelle continue occupe une place tout à fait singulière à Sainte-Marie. Corrine Béréjnoï l'exprime avec force : « il faudrait qu'on parle du volet formation, car à Sainte-Marie, nous avons eu énormément de formations, et c'était exceptionnel » (CB, 257). Cette ouverture remarquable distingue nettement l'établissement, permettant aux infirmier·ères d'accéder à une diversité de modules, parfois sur plusieurs années, et d'y trouver des occasions rares de remise en question. Mais il ne s'agit pas ici de simples apports techniques ou de savoirs normés. Ces formations sortaient véritablement des standards, venant chercher les soignant·es au plus près de leur expérience et les poussant souvent dans leurs propres retranchements. Pour beaucoup, l'enjeu dépasse la progression

classique des compétences où il s'agit d'une invitation à revisiter la posture soignante, à bousculer les certitudes, à interroger le sens du métier. Monique Chalencon évoque sans détour l'investissement requis, mais aussi la reconnaissance et la fierté qui en découlent. Sa formation à Dijon durait deux ans, un gros budget (CM, 488–491). Francine Longerinas met en avant la force de déstabilisation vécue : « [...] ces formations permettaient une remise en question profonde, on rentrait complètement secoué, bousculé, voire démoli. » (LF, 399–403). Cette puissance transformatrice est également palpable dans les souvenirs d'André Merlé et André Tapissier, à propos des sessions impulsées par l'association AESPA autour des dynamiques de groupe. Il s'agissait là de dynamique de groupe, tendance analytique : « Un mot de travers et t'en prenais plein les dents... Ça pouvait être très dur » (TA-MA, 234–236). On comprend que la formation n'était pas un espace de confort, mais un terrain d'expérimentation, d'affrontement symbolique et de réflexivité intense. Relue à l'aune du cadre théorique de Zimmerman, cette expérience collective a façonné une posture d'empowerment psychologique particulièrement vive. Sur le plan intrapersonnel, elle consolide la confiance à penser et à se remettre en cause. Sur le plan interactionnel, elle ouvre à la confrontation et à la négociation entre pairs. Sur le plan comportemental, elle autorise la réinvention des pratiques et la prise d'initiatives audacieuses. À Sainte-Marie, cette culture de la formation ouverte, exigeante et réflexive s'impose comme l'un des moteurs les plus puissants de l'émancipation soignante.

De son côté, l'écriture s'impose tout au long de cette histoire, comme une étape incontournable de l'émancipation infirmière. S'autoriser à écrire, à relater son expérience, à théoriser les pratiques du soin, revient à occuper une place dans l'espace professionnel et social, à donner sens et valeur à un métier trop souvent raconté par d'autres. Ce mouvement se décline d'abord dans l'intimité du geste. Alain Frobert l'exprime avec simplicité, décrivant une pratique devenue seconde nature : « J'écrivais déjà avant d'entrer en psychiatrie. Puis j'ai

continué à écrire dans des revues syndicales, des publications internes, puis des articles professionnels. C'était un prolongement naturel de ma pratique » (FA, 756–760). Ce parcours l'a mené à publier dans des bulletins locaux, mais aussi dans des revues professionnelles de référence, comme *Santé Mentale*, où ses analyses et prises de position clinique trouvent un écho national (Archive, AP-9). Cette dynamique ne se limite pas à la sphère individuelle. À Clermont-Ferrand, elle s'incarne dans la naissance de revues collectives, telles que *Dérive*, au sein de l'AESPA, qui fait dialoguer soignant·es, intellectuel·les et praticien·nes autour des bouleversements du soin. Jean-Pierre Erragne en résume l'esprit en filant la métaphore de la voile. La dérive, explique-t-il, « c'est ce qui empêche le bateau de déraper, ce qui permet de tenir le cap malgré le vent » (EJP, 483). Trouver ce nom, c'était déjà théoriser une posture : « On essayait aussi de théoriser nos expériences. *Dérive* était une revue intelligente, mine de rien » (EJP, 483–511). À travers ses pages, *Dérive* accueille des analyses de terrain, des entretiens avec Bonnafé, Guattari, Sigala, mais aussi des critiques, des doutes, et des fragments du réel. Elle devient le miroir d'une génération de soignant·es qui refusent l'invisibilité et cherchent, à force de mots, à faire tenir ensemble la pratique et la pensée (archive, AP-8). Le goût d'écrire irrigue aussi d'autres espaces collectifs. Parmi eux, la revue institutionnelle *5000 Réunis* (Figure 17 ; Archive, AI-9) témoigne de la capacité des soignant·es à prendre part à la vie de l'établissement dans une dynamique interprofessionnelle. Ce projet naît d'un groupe de réflexion réunissant la direction, des représentants de plusieurs établissements, des médecins et des infirmiers. C'est lors d'une discussion autour du titre que Jean-Michel Poitre, infirmier, propose une idée fédératrice : « J'ai demandé combien nous étions dans l'ensemble des hôpitaux, et on m'a répondu : "5 000". Alors j'ai proposé un titre simple : 5000. Ça a fait consensus immédiatement, court, impactant, et parlant pour tout le monde » (PJM, 595–597). Cette revue donne la parole à

toutes les voix du terrain et cherche à fixer les moments de bascule, ouvrant le récit du soin à la multiplicité des expériences et à la diversité des subjectivités.



Figure 17. 5000... *Une volonté en santé mentale*, n° 6, numéro spécial congrès, octobre 2000.

Archive institutionnelle (Archive, AI-9).

Jean-Michel Poitre rejoint le comité de rédaction, participe à la collecte des témoignages et à la mise en page, vivant cette aventure comme une manière renouvelée d'exister dans l'institution, de relier les expériences dispersées, et d'offrir un espace de reconnaissance collective.

À côté de ces grands ensembles, il faut souligner la force singulière des écritures « hors cadre » : journaux intimes, poèmes ou encore textes historiques, biographies incomplètes confiés lors des entretiens. Autant d'archives silencieuses transmises dans le lien étroit entre le chercheur et le témoin, certaines partagées (Archive, AP-10 ; AP-11), d'autres scellées par la promesse de ne pas divulguer ce qui est considéré comme trop intime, insuffisamment élaboré ou simplement fragile. Ces écrits, relégués dans les marges de la production académique, constituent pourtant un matériau d'une richesse inestimable pour comprendre l'expérience soignante dans sa dimension vécue. Au prisme de l'empowerment selon Zimmerman, ces textes incarnent une forme d'appropriation réflexive de l'expérience professionnelle, où le geste d'écrire devient lui-même acte d'émancipation. Souvent des récits d'expériences, ces récits incarnent une élaboration première de savoirs expérientiels qui, pour n'être pas toujours théorisés, n'en sont pas moins porteurs d'une intelligence clinique singulière. Ils livrent une matière précieuse sur le quotidien du soin, sur les doutes, les élans, les inventions minuscules qui forgent la trame du métier. Ils révèlent aussi les tensions inhérentes à la pratique psychiatrique : entre proximité et distance, entre émotion et technique, entre autorité et liberté. Plus fondamentalement, ces archives discrètes participent à la construction d'une mémoire professionnelle collective qui échappe aux récits institutionnels dominants. Elles traduisent une capacité à investir les marges de manœuvre disponibles pour infléchir l'environnement professionnel, sans nécessairement en contester ouvertement les règles. Ces initiatives, parfois modestes, participent pleinement de la dimension interactionnelle et comportementale de l'empowerment psychologique : elles révèlent comment, dans les interstices du quotidien soignant, se développent des formes de pouvoir d'agir situées, adaptatives et parfois subversives. La dynamique syndicale, enfin, offre un terrain d'expression essentiel. Des revues comme *Chroniques de Sainte-Marie*, adossées à la CFDT, deviennent un véritable laboratoire de la parole infirmière (Archive, AS-

1-2-3-4). On y retrouve le souffle des luttes, mais aussi des textes analytiques, poétiques ou engagés. Dans le numéro zéro, comme vu plus haut, le texte « Mur de l'asile » (Archive, AS-1 ; Figure 14), signé par Alain Frobert, marque une volonté de donner à lire la réalité institutionnelle de l'intérieur, de nommer ce qui entrave comme ce qui ouvre. Les femmes y trouvent aussi une place, parfois conquise de haute lutte, comme dans le récit d'une infirmière, Me T, qui interroge la place du féminin dans la communauté soignante (Archive, AS-1, p.3). De la grande revue professionnelle à la chronique syndicale, du carnet manuscrit au dossier institutionnel, l'écriture irrigue tout un pan de l'histoire infirmière psychiatrique locale. À chaque fois, elle joue un rôle d'empowerment en permettant d'autoriser la parole, de partager le sens, de transmettre un savoir situé, de faire trace là où l'oubli menace. S'autoriser à écrire, à publier, à transmettre, c'est transformer le geste soignant en parole agissante, donner corps à la réflexivité collective, et inscrire l'expérience du soin dans une histoire commune.

Dans ce paysage, la transmission opère autant par la formation que par l'écriture. Si elle est moins formalisée que dans d'autres champs, elle circule à travers les textes, les mémoires, les discussions collectives ou informelles, et la capacité à instaurer un droit critique pour les nouvelles générations. Dominique Vigier le rappelle en ces termes, avec une conviction qui résonne comme un manifeste « On voyait arriver des jeunes diplômés qui obéissaient sans broncher. Notre but, c'était de leur montrer qu'ils pouvaient penser par eux-mêmes » (VD, 692–696). Transmettre, ici, c'est aussi inviter à questionner, à subvertir l'ordre établi, à imaginer d'autres possibles. Didier Dupeux partage cette expérience singulière avec une certaine autodérision :

On a monté une troupe de théâtre. Bon... Je pense que ce n'était pas là où j'étais le meilleur. En toute honnêteté, j'ai dû être assez mauvais. Mais je tenais à ce que ce soit une affaire d'infirmiers, pas un projet dirigé par un professionnel du théâtre. Je ne

voulais pas qu'un metteur en scène extérieur vienne nous dire quoi faire. Parce que si on ne prenait pas notre place, d'autres allaient la prendre à notre place. Les psychothérapies commençaient à émerger. Bientôt, elles seraient exercées exclusivement par des psychologues ou des psychothérapeutes, et non plus par des infirmiers. Il fallait occuper le terrain. (DD, 303-313).

Dans cette dynamique d'élaboration et de circulation des savoirs, la créativité professionnelle ne s'est pas limitée à la formation ou à l'écriture. Elle a parfois trouvé à s'incarner dans des expérimentations collectives inédites, à la frontière du soin, de l'art et de la subjectivation partagée. Parmi ces expériences, l'aventure de la troupe de théâtre montée par Didier Dupeux avec plusieurs collègues et patient·es occupe une place singulière. Là où la plupart des ateliers restaient ancrés dans la pratique clinique ou l'expression individuelle, cette initiative collective visait à créer une œuvre commune, sans recours à un metteur en scène extérieur. Dupeux insistait sur ce point où il fallait que le projet demeure entre soignant·es et patient·es, que l'acte créatif soit partagé et assumé par le collectif. La pièce, écrite en grande partie par l'un des patients les plus charismatiques du groupe, devait être présentée devant un public. Mais, le jour de la représentation, ce patient, qui portait la pièce depuis le début, décide de ne pas jouer. Il ouvre sa porte à Didier Dupeux et à un collègue venu le chercher et leur dit, avec une lucidité cinglante qui bouscule toutes les certitudes « Écoutez, moi, ça fait 30 ans que la psychiatrie m'emmerde. Aujourd'hui, c'est moi qui l'emmerde » (DD, 322–336). Ce refus, à la fois geste de rupture, affirmation de liberté et acte de réappropriation de soi, bouleverse le groupe et oblige chacun·e à repenser le sens même de l'initiative. La pièce est jouée malgré tout, mais il « manquait un énorme pan du texte » (DD, 327). Didier Dupeux évoque avec humilité la fragilité de ce moment, et la disparition du film tourné à cette occasion, qui fait dire aujourd'hui qu'il s'agit de « trésors perdus » — mais en partie retrouvés (Figure 18, Archive, AP-12).



Figure 18. « Chapeaux », article publié dans *La Montagne* (s.d.). Archive personnelle de Jean-Michel Poitre (Archive, AP-9).

Ce passage aux marges du soin et de l'art illustre la puissance de l'empowerment individuel et collectif dans sa forme la plus risquée, la plus vulnérable, mais aussi la plus authentique. Il rappelle que la subjectivation infirmière – et parfois celle des patient·es – se joue souvent dans ces espaces incertains, où la transmission n'est plus seulement affaire de savoirs formels, mais devient expérience partagée, invention commune, confrontation à l'imprévu, voire à la défection. Cet épisode éclaire ce que la construction d'un savoir infirmier spécialisé a pu permettre. Ouvrir des brèches dans l'institution, créer des formes inédites de lien, autoriser le

droit à la parole et au retrait, oser écrire et inventer ensemble, mais aussi accepter l'échec, la perte, le non-contrôle. Il résume, en somme, la richesse de la réflexivité collective et la force fragile de l'empowerment psychologique infirmier, qui ne cessent de s'inventer dans l'épaisseur du vécu professionnel, au-delà des protocoles et des cadres formels.

Ce fil, tissé d'initiatives individuelles et collectives, trouve une expression particulièrement exemplaire dans la genèse de l'association Contact. Fondée au tournant des années 1980. Contact reste le fruit d'une volonté partagée d'élargir le soin hors des murs de l'hôpital, de proposer une médiation par le sport adapté, et surtout de redéfinir la place du patient comme sujet à part entière du projet collectif. Cette aventure associative ne relève pas d'un simple transfert d'activités, mais cristallise une dynamique d'empowerment psychologique qui s'ancre dans la capacité à rêver, à mobiliser, à organiser, à négocier de nouveaux espaces pour le soin psychiatrique. La trajectoire de Contact, bien documentée et portée par plusieurs témoins, incarne ce passage du possible à l'effectif. Elle montre comment l'empowerment ne se limite pas à la sphère individuelle ou à la revendication statutaire, mais s'inscrit dans la création d'institutions nouvelles, dans le pari de l'autonomie partagée, et dans l'invention de réponses situées aux besoins d'une communauté soignante et soignée. C'est à l'exploration de ce moment fondateur, à la fois aboutissement d'une trajectoire collective et ouverture vers d'autres formes de pouvoir d'agir, que se consacre la dernière section de ce chapitre.

6.7 Une matérialisation incarnée : l'association Contact

L'histoire de Contact débute en 1982 à l'hôpital Sainte-Marie de Clermont-Ferrand, au sein de l'unité de soins Sainte-Germaine, sous l'impulsion de Jean-Michel Poitre, infirmier spécialisé en psychiatrie (ISP) et sportif accompli. Cette initiative ne découle ni d'un cadre institutionnel, ni d'une politique hospitalière, mais d'une réflexion empirique face aux demandes récurrentes de patient·es souhaitant participer à des rencontres sportives. Alors que

la sectorisation psychiatrique amorce une ouverture progressive vers la cité, l'infrastructure hospitalière demeure encore largement cloisonnée. L'accès aux loisirs et aux activités physiques hors de l'hôpital reste marginal, et la question de l'insertion par le sport n'est pas encore intégrée aux stratégies de soin. Le principe fondateur du projet est simple, toutes les activités doivent impérativement se dérouler hors des murs hospitaliers (PJM, 364). Cette exigence, en rupture avec la tradition des activités récréatives intra-muros, s'inscrit dans une tentative de décroisement progressif des pratiques. Dépourvu de soutien institutionnel formel, Jean-Michel Poitre, mobilise une équipe d'infirmier.ères qui, en l'absence de directives ou de financements hospitaliers, s'organise de manière autonome. Pendant deux ans, cette initiative se développe sans contrôle hiérarchique strict, bénéficiant d'une relative indifférence institutionnelle propice à l'expérimentation (PJM, 316-318). L'absence d'opposition explicite permet aux infirmier.ères d'explorer de nouvelles modalités d'accompagnement des patient·es, avec le soutien tacite de psychiatres qui observent les effets positifs sur ces derniers.

Les premières tentatives d'intégration des patient·es dans des structures sportives existantes révèlent les limites des dispositifs d'inclusion du handicap psychique. Bien que la Fédération Française Handisport promeuve une approche inclusive du handicap physique, elle ne prévoit aucune mesure spécifique pour les patient·es en psychiatrie. Lors d'un entretien, son président reconnaît la pertinence du questionnement, tout en admettant qu'aucun cadre n'existe pour y répondre. « Vous posez une vraie question, mais nous ne sommes pas en mesure d'accueillir des malades mentaux » (PJM, 334). Cette absence de dispositif témoigne d'un vide institutionnel persistant et révèle la manière dont le handicap psychique demeure une catégorie floue dans les politiques d'intégration sportive. La Fédération Handisport accepte néanmoins d'examiner la demande, mais avec réserve (PJM, 380). Cette prudence illustre les résistances implicites auxquelles se heurte l'initiative. Alors

que l'inclusion du handicap physique est institutionnalisée, le handicap psychique reste perçu comme une zone d'incertitude. L'absence de cadre juridique et administratif adapté renforce ces mécanismes d'exclusion implicites. Face à cette impasse, la démarche évolue vers la construction d'un cadre propre. La rencontre avec François Brunet, conseiller technique national du sport adapté, constitue un tournant décisif. Il oriente Jean-Michel Poitre vers l'Association Sport Adapté Auvergne, qui offre une première reconnaissance institutionnelle au projet (PJM, 336-341). Ce passage d'un projet en quête d'intégration à un projet autonome redéfinit les enjeux. Il ne s'agit plus seulement d'obtenir une place dans un dispositif existant, mais de structurer une offre spécifique et indépendante, adaptée aux besoins des patient·es stabilisés. L'initiative évolue avec la création d'une équipe de football et l'organisation de rencontres sportives (PJM, 349-350). Progressivement, Contact dépasse le cadre du simple accompagnement vers des structures existantes et développe une prise en charge complète de la participation des patient·es. Très vite, la dynamique s'élargit. En plus du football (Figure 19 ; Archive, AP-9), d'autres disciplines comme le basket, l'athlétisme, la pétanque et la natation sont intégrées au programme (PJM, 396-397). La possibilité d'obtenir une licence officielle via la Fédération Française de Sport Adapté permet aux patient·es de s'engager dans un cadre normatif et compétitif, renforçant leur inclusion sociale.

SPORT ADAPTÉ

Le foot favorise le dialogue

La pratique du football a permis aux jeunes et aux éducateurs de huit établissements psychiatriques auvergnats de se rencontrer à Saint-Flour et d'échanger leurs expériences tout en se détendant.

DANS le cadre de la Fédération française de sport adapté, l'Association Sportive l'Institut médico-éducatif (EP) de Volzac a organisé un rencontre de football à 7 sur le terrain de l'Ander. Ce

tournoi a rassemblé éducateurs et jeunes de sept établissements auvergnats, plus un de Corrèze. Une centaine de jeunes, garçons et filles, a participé, en jouant pour certains deux mi-temps de 15 minutes

et, pour d'autres, moins mobiles, deux mi-temps de dix minutes.

Ce qui n'est pas vraiment une compétition a été, en revanche, un moyen de se rencontrer, d'échanger des avis et

des expériences. Ces rencontres sont organisées, chaque année, par un établissement différent. D'autres manifestations se déroulent dans l'année : des compétitions de VTT, de basket, natation, cross, football en salle.

Les jeunes et les éducateurs se sont dit ravis de leur journée, débutée à 10 heures, et de l'accueil, notamment avec le pique-nique à midi, puis le goûter après les matches. Il faut dire qu'un beau soleil a brillé toute la journée. Pour les résultats, en D1, l'IME de Pompi-gnac (Puy-de-Dôme) l'a emporté. En D2, c'est le Centre d'aide par le travail (CAT) de Bort-les-Orgues qui est sorti vainqueur.



Les jeunes du centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand soutenus par l'association Contact et leurs éducateurs, se sont déclarés ravis de leur journée dans le Cantal.

Figure 19. « Le foot favorise le dialogue », article publié dans *La Montagne*. Archive personnelle de Jean-Michel Poitre (Archive, AP-13).

Parallèlement, l'association élargit progressivement ses missions. Contact ne se limite plus maintenant au sport, mais s'ouvre aux pratiques culturelles. Une chorale est relancée et des ateliers de théâtre et de danse sont mis en place (PJM, 398-399). Cette diversification élargit l'accès à l'initiative, notamment pour les patientes, perçues comme moins enclines à s'engager dans des activités sportives. *Contact* devient ainsi un dispositif global d'intégration sociale, où la création artistique joue un rôle aussi structurant que le sport (Figure 18).

L'organisation repose sur une flexibilité inhabituelle dans le champ hospitalier (PJM, 418-420). Aucun poste spécifique n'est affecté à Contact, les infirmiers s'organisent de manière autonome en accord avec l'équipe de soins. Ils ajustent leur temps de travail selon les nécessités des activités, sans validation administrative formelle, permettant une adaptabilité accrue. À partir de la fin des années 1980, l'initiative Contact amorce un tournant décisif en obtenant une première reconnaissance institutionnelle. Portée par des infirmiers spécialisés en psychiatrie (ISP) et relayée par la Fédération Française du Sport Adapté, cette dynamique collective aboutit à une avancée majeure, le Ministère de la Jeunesse et des Sports décide d'intégrer officiellement le handicap psychique dans les dispositifs d'inclusion sportive. La reconnaissance du handicap psychique au sein de la Fédération Française du Sport Adapté, qui se définit aujourd'hui comme la Fédération multisports au service des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique, témoigne de l'impact structurant de cette initiative. Par ailleurs, cette démarche associative favorise un rapprochement et une collaboration étroite avec les responsables et les établissements de l'Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés (ADAPEI), renforçant ainsi les liens entre les secteurs du sport, de la psychiatrie et du médico-social. Ce croisement entre pratiques soignantes et engagement associatif illustre une évolution notable, les infirmiers psychiatriques ne se limitent plus à un cadre hospitalier, mais participent activement à la co-construction de dispositifs d'insertion pérennes.

Mais l'aventure associative et ses ambitions ne s'arrêtent pas là. L'impact de Contact dépasse alors les frontières nationales. En 1987, l'un des premiers patient·es impliqués dans l'association, Luc Boutonnet, participe aux Jeux *Special Olympics* aux États-Unis (PJM, 483-487) (Figure 20, Archive, AP-14). Jean-Michel Poitre est sollicité pour encadrer l'équipe française d'athlétisme et accompagne la délégation nationale à South Bend, dans l'Indiana. Bien que l'initiative ne bénéficie toujours d'aucun financement institutionnel (PJM, 496-499),

la Fédération prend en charge les frais liés aux compétitions, tandis que quelques soignants s'investissent bénévolement, illustrant ainsi la manière dont Contact s'est construit en marge des circuits hospitaliers officiels.



Figure 20. « Specials olympics », article publié dans *La Montagne*, 1988. Archive personnelle de Jean-Michel Poitre (Archive, AP-14).

Le sport devient alors un véritable levier de transformation personnelle pour de nombreux patient·es. L'un des récits les plus marquants est celui d'un patient vietnamien, accueilli en CAT après avoir participé aux compétitions de sport adapté. Dix ans plus tard, lorsqu'il recroise Jean-Michel Poitre, il ouvre sa chemise et exhibe fièrement sa médaille, toujours accrochée autour de son cou : « Je t'avais raconté l'histoire d'un patient vietnamien, placé en CAT, que j'ai revu dix ans plus tard ? Il m'a reconnu immédiatement, s'est précipité vers moi, a ouvert sa chemise... et portait encore sa médaille de sport adapté. Pour ces patients qui n'avaient jamais eu ni diplôme, ni récompense, ces médailles avaient une valeur inestimable. » (PJM, 389-390). Pour ces patient·es souvent privés de reconnaissance, cette

distinction incarne une symbolique profonde, elle représente un accomplissement personnel, une preuve tangible de leurs capacités. D'autres trajectoires témoignent encore de l'ampleur prise par les initiatives. Jean-Michel Poitre raconte ainsi la participation de Claude Rivoire à une compétition internationale de ski aux États-Unis, où il revient médaillé (Figure 21 ; Archive, AP-15). À son retour, il est accueilli à l'aéroport, entouré par sa famille et les soignants, dans une ambiance de reconnaissance collective marquante : « Il est arrivé, tout le monde était là. Sa famille, sa médaille... Il avait changé. Il était reconnu comme un membre accompli » (PJM, 450–453). Ce moment, saisissant, rend tangible l'impact de ces projets au long cours, capables de transformer non seulement le regard porté sur les patient·es, mais aussi la place qu'ils occupent dans la communauté de soin.

Le sport adapté auvergnat fier de ses champions

CLERMONT-FERRAND. — Les deux représentants auvergnats aux Jeux Internationaux d'hiver olympiques de sport adapté, qui se sont déroulés du 28 Mars au 9 Avril, au Nevada, ont réalisé un remarquable doublé. Sylvain, vingt quatre ans, hébergé au foyer des Granges, à Saint-Jean-d'Heurs, a remporté la médaille d'or du ski de fond (épreuve du cinq kilomètres). Claude, 37 ans, qui vit sous le toit familial, a fait aussi bien dans le slalom géant, étoffant son palmarès américain d'une médaille d'argent en slalom spécial.

UN tel résultat, première ligne glorieuse dans les annales de cette pratique jeune et en plein essor, a justifié l'organisation d'un pot amical, mardi soir, rue Saint-Dominique, à Clermont-Ferrand.

Les deux sportifs, rentrés en France deux jours plus tôt, étaient au centre de la curiosité. Claude, qui pratique le ski alpin depuis l'âge de treize ans, a vu son entraînement contrarié par le faible enneigement hivernal. Sur une piste bien préparée, il s'est imposé grâce à sa régularité dans les deux manches du géant. Sa victoire l'a comblé. Mais il a tenu à la partager publiquement avec ceux qui l'ont encouragé, entraîné et équipé en matériel. Il pensait notamment aux responsables de l'association Contact et à l'école de ski de Besse.

Ce premier voyage aux Etats-Unis ne s'est pas réduit aux émotions sportives, même si l'émulation au sein de la sélection française — les vingt et un athlètes ont glané vingt sept médailles, alors que vingt-cinq pays participaient — était très stimulante. Le survol de New York, la visite de San Francisco, deux villes qu'il a trouvées trop rares en espaces verts, en jardinier qu'il est, le cadre naturel des compétitions, sont devenus autant de clichés précieux.

Comme Claude, Sylvain s'est préparé à ces Jeux en



Trois médailles pour deux champions : Sylvain, à gauche, et Claude ont bien défendu les couleurs françaises.

Auvergne, et à Prémanon dans le Jura. Faute d'enneigement suffisant, il a travaillé sa résistance foncière en marchant, courant, nageant, et appuyant sur les pédales. Cette obstination a payé. Claude a franchi la ligne d'arrivée avec une avance confortable, devant un concurrent américain.

Le licencié de l'association Sport adapté Auvergne a été marqué par la hauteur des buildings, le gigantisme des hôtels, la beauté des sites naturels, tel le lac Tahoe. En bon Auvergnat, il a découvert prudemment les séductions de Reno, la capitale des jeux à sous, gagnant vingt dollars avec un investissement de deux petits. Chapeau de rodéo sur la tête, il se montrait intarissable, mardi, dans le récit de tant d'événements sortant du commun.

UN CHEQUE DU KIWANIS

Cette réunion détendue a servi aussi à remercier tous ceux qui ont rendu cette première possible. Jean-Michel Poitre, président du comité régional de sport adapté, a cité les concours du conseil régional, du Conseil général, et du Kiwanis de Clermont-Ferrand. Au nom de cette association, le président Jean-Nicolas Gendre, entouré de plusieurs responsables du même club, lui a remis un chèque de 5.000 F. Le médecin s'est réjoui de la performance réalisée. L'exemple des deux athlètes titrés sera un vigoureux aiguillon pour son développement et sa reconnaissance.

De nombreux cadres de cette pratique sportive étaient présents aux côtés de Claude et Sylvain, dont les médailles récompensent aussi l'assiduité. Citons François Brunet, conseiller technique régional, et Jean-François Olivier, président de l'association Sport adapté Auvergne.

Les Jeux nationaux de Liévin, ouverts à toutes les disciplines estivales, du 24 au 29 Mai 1990, constitueront le prochain rendez-vous de haut niveau. On le prépare déjà en Auvergne, sans perdre de vue que la pratique de masse est le premier but visé par ce sport.



Jean-Nicolas Gendre, président du Kiwanis clermontois, remet le chèque à Jean-Michel Poitre, président du comité régional de sport adapté.

Figure 21. « Le sport adapté auvergnat fier de ses champions », article publié dans *La Montagne*, 1989. Archive personnelle de Jean-Michel Poitre (Archive, AP-15).

Le succès de *Contact* se manifeste aussi par l'intégration croissante des patients dans des rencontres sportives pour tous les niveaux. L'association envoie des athlètes en compétition à Glasgow (Figure 22 ; Archive AP-16), où certains obtiennent des distinctions et des médailles, prouvant que le handicap psychique n'empêche ni la performance ni l'excellence sportive (PJM, 445-450).



Figure 22. « L'Auvergne bien représentée », article publié dans *La Montagne*, 1990. Archive personnelle de Jean-Michel Poitre (Archive, AP-16).

Au-delà de la dimension sportive, *Contact* devient également un levier financier pour d'autres initiatives psychiatriques. L'expédition du Mont-Blanc (Figure 23 ; AP-17), menée par une psychiatre et plusieurs ISP avec des patient·es, en constitue un exemple marquant : « Ils ont gravi le Mont-Blanc par étapes. Certains se sont arrêtés aux premiers refuges, d'autres plus haut... Mais la psychiatre est arrivée au sommet avec deux patients ! » (PJM, 514-524). Face à l'absence de financement hospitalier suffisant, l'initiative mobilise des sponsors et contribue au financement de l'expédition (Figure 24 ; AP-18), inversant ainsi les rapports traditionnels entre dispositifs médicaux et initiatives infirmières. Cette capacité d'auto-financement témoigne de l'évolution des stratégies infirmières en psychiatrie, où les soignants deviennent non seulement acteurs du soin mais aussi porteurs de projets structurants, capables d'inscrire les pratiques de réhabilitation psychosociale dans une dynamique de long terme.



Dans le cadre d'un projet thérapeutique, dix personnes soignées au centre de psychothérapie Sainte-Marie, à Clermont-Ferrand, ont entrepris le 3 juillet l'ascension du mont Blanc.

Finalement, deux des dix membres de l'expédition sont parvenus au sommet, à la plus grande joie des intéressés, et de leurs accompagnateurs. Ce projet, mis sur pied avec le concours du Club Alpin Français, a mobilisé un médecin de l'établissement, et quatre guides de haute montagne.

Au terme d'un séjour réussi, les alpinistes ont regagné leur ville d'origine, non sans problèmes. Compte tenu des bouchons routiers paralysant la région lyonnaise, ils ont mis dix heures pour rentrer. L'altitude a du bon...

Figure 23. « Le Mont Blanc vaincu », article publié dans *La Montagne*, 1992. Archive personnelle de Jean-Michel Poitre (Archive, AP-17).



Figure 24. « Une ascension, mais aussi un défi », article publié dans *La Montagne*, 1^{er} juillet 1992. Archive personnelle de Jean-Michel Poitre (Archive, AP-18).

La genèse atypique de l'association Contact, émergeant en dehors des cadres institutionnels formalisés, illustre une métamorphose fondamentale de la fonction infirmière en psychiatrie. Cette initiative, née d'une volonté collective dépourvue de légitimation administrative préalable, révèle la capacité remarquable des soignants à investir les interstices laissés vacants par l'institution pour y créer des espaces thérapeutiques novateurs. Portée par un collectif d'infirmiers psychiatriques et d'une implication des internes animés d'une vision transformatrice, cette démarche s'inscrit dans un mouvement plus vaste de perméabilisation des frontières entre l'univers hospitalier et la cité, tout en proposant des voies concrètes d'inclusion sociale pour les patient·es stabilisés. À mesure que se déploie un éventail d'activités sportives et culturelles, que s'affirme une autonomie financière progressive, et que les patient·es accèdent à des formes inédites en France de reconnaissance tant sociale que symbolique, Contact transcende sa dimension de projet localisé. Cette initiative incarne, dans le champ de la psychiatrie contemporaine, un paradigme émergent des pratiques de réhabilitation psychosociale, une modalité contextualisée d'ouverture du soin psychiatrique vers des régimes alternatifs de présence et de visibilité sociale. À titre d'exemple tous les patient·es adhérents acceptent par écrit que leurs photos soient publiées dans les journaux locaux. La dissémination du modèle, notamment sa réplique à l'hôpital du Puy, atteste de la fécondité conceptuelle et pratique de cette approche. La reconnaissance plurielle de l'initiative, tant dans les compétitions sportives internationales que dans l'établissement de partenariats interinstitutionnels pérennes, inscrit désormais Contact dans une temporalité étendue de transformation sociale portée par les acteurs du soin.

Appliqué à cette trajectoire singulière, le cadre conceptuel de l'empowerment psychologique théorisé par Zimmerman permet d'éclairer plusieurs mécanismes fondamentaux du processus observé. L'investissement de l'équipe soignante s'inscrit manifestement dans une configuration d'empowerment intrapersonnel, caractérisée par

l'acquisition progressive d'une assurance professionnelle permettant d'opérer au-delà des paradigmes institutionnels établis. L'élaboration concertée du projet, les ajustements continus aux contingences pragmatiques, ainsi que les interactions multiformes avec les patient·es, les instances sportives fédérales ou les partenaires financiers, mobilisent intégralement la dimension interactionnelle du modèle. Enfin, l'organisation autonome d'activités thérapeutiques, la légitimation officielle du handicap psychique comme catégorie spécifique, et l'institutionnalisation d'une structure associative durable relèvent indéniablement de l'empowerment comportemental, dans sa capacité à matérialiser une praxis concrète, manifeste et pérenne. Cette analyse révèle cependant une dimension supplémentaire significative : elle souligne que cette capacité d'agir n'émane pas des structures institutionnelles formelles, mais parfois précisément de leurs lacunes ou de leur absence. Elle s'élabore dans les interstices, les non-dits, les espaces institutionnellement peu investis, où la confiance mutuelle, la flexibilité organisationnelle et la conviction partagée par un groupe restreint de professionnels suffisent à générer des modalités thérapeutiques inédites. Dans la perspective élargie de ce chapitre, l'association Contact se présente ainsi comme une concrétisation exemplaire d'un empowerment psychologique collectif, profondément ancré dans la dimension relationnelle, amplifié par la dynamique de mouvement, et structuré temporellement par la transmission d'un paradigme d'intervention.

Conclusion de l'analyse des résultats au prisme de l'empowerment psychologique

Au terme de cette exploration, une figure se dévoile. Celle d'une puissance d'agir qui ne s'affiche pas avec ostentation, mais qui persévère dans sa constance. Qui ne s'exhibe pas nécessairement, mais qui modèle profondément les parcours professionnels, les pratiques quotidiennes, les relations interpersonnelles. Tout au long de ce chapitre, les témoignages recueillis ont mis en lumière une constellation d'initiatives, d'engagements, de positionnements, tantôt discrets, tantôt manifestes. Rien n'a été octroyé. Chaque espace a été

défriché, patiemment ouvert et aménagé par essais, ajustements et alliances de travail. Loin d'un bloc homogène, l'empowerment infirmier en psychiatrie apparaît comme un processus situé, pluriel et différencié, tissé au plus près des contextes. Des postures de résistance, d'innovation, de transmission, ont émergé dans les périphéries du soin, dans les anfractuosités institutionnelles, dans les interstices générés par une configuration historique, une rencontre déterminante, une dynamique collective. Il ne s'agit pas uniquement d'actions isolées ou de réussites ponctuelles, mais d'une modalité d'habitation de sa fonction professionnelle, d'interrogation de ses limites, et de maintien d'une orientation éthique malgré les obstacles structurels. L'entrecroisement de logiques d'émancipation et de quête de légitimité, d'expérimentations transgressives, d'élaborations discursives tantôt fragiles tantôt incisives, de tentatives d'institutionnalisation professionnelle, de contestations assumées et d'accommodements tactiques se donne à lire dans l'ensemble des trajectoires analysées. Parfois, l'ensemble de ces dimensions coexistant simultanément. Dans la multiplicité des récits, le cadre conceptuel de l'empowerment psychologique élaboré par Zimmerman a permis d'identifier des dynamiques opérantes, en tentant de ne jamais les réifier.

Dans ce chapitre je me suis aussi attaché à documenter des formes d'engagement traversées par les contradictions inhérentes à leur contexte historique. La prégnance des hiérarchies médicales, les inégalités genrées, l'intensification du contrôle administratif et l'effritement progressif des solidarités collectives ont constamment mis à l'épreuve la capacité d'action des infirmier·ères. Néanmoins, au sein même de cette adversité, une pensée s'est élaborée. Une pensée incarnée dans des pratiques concrètes. Parfois silencieusement. Parfois dans l'élaboration textuelle. Parfois dans la création d'espaces alternatifs. L'association Contact, qui clôt ce chapitre, ne constitue pas un aboutissement définitif. Elle demeure un exemple significatif. Un point de cristallisation où se sont reconfigurées toutes les dimensions précédemment explorées. On y discerne la capacité à conceptualiser différemment, à

construire du commun, à reconfigurer les frontières du soin. On y perçoit également ce qui persiste au-delà de l'action initiale : une trace, une mémoire ou encore un modèle transposable. Si cette analyse théorique des résultats a permis de faire émerger les lignes structurantes d'un empowerment professionnel spécifique, il reste à appréhender ce que ces expériences ont généré au-delà d'elles-mêmes. Ce qu'elles ont transmis, transformé, déplacé. Ce qu'il en subsiste aujourd'hui en France, dans les modalités de formation, d'élaboration écrite, d'expression, d'existence professionnelle au sein d'un métier en perpétuelle reconfiguration.

Le chapitre suivant s'ouvrira sur cette perspective, celle de suivre non plus exclusivement la chronique des actions, mais celle de l'élaboration des savoirs. Pour saisir comment, dans l'épaisseur temporelle, se rejoue encore la possibilité d'un soin à dimension humaine, porté par celles et ceux qui, un jour, ont choisi d'en concevoir autrement les fondements et les horizons.

Références

- Couet, L. (2019). *Soigner la folie et collectionner "l'art des fous" : l'art asilaire au XIX^e siècle : archéologie de l'art brut* (Thèse de doctorat). Université de Bourgogne – Franche-Comté. <https://theses.fr/2019UBFCH030>
- Hafferty, F. W. (1998). Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73(4), 403–407.
- Paperman, P., & Laugier, S. (dir.). (2020). *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. EHESS. <https://books.openedition.org/editionsehess/11599>
- Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781003070672>

Chapitre 7 — Discussion et conclusion

Ce septième chapitre s'organise autour de deux volets distincts mais complémentaires : d'une part, une discussion historiographique élaborée à partir des résultats empiriques obtenus dans le cadre de cette recherche doctorale ; d'autre part, l'intégration d'un article scientifique accepté dans la revue *Recherche en Soins Infirmiers* (RSI), qui en prolonge l'exploration selon une logique analytique spécifique.

La première partie met en regard les principaux acquis historiographiques avec les résultats issus de l'enquête, dans une visée de clarification et de positionnement disciplinaire. Elle souligne les convergences entre certaines productions scientifiques et les matériaux empiriques recueillis, notamment autour de la sectorisation psychiatrique, tout en identifiant ce que cette recherche permet d'enrichir ou de déplacer. Une attention particulière est portée aux écrits infirmiers non canoniques dont la portée documentaire, épistémologique et politique se révèle essentielle pour réintégrer des voix longtemps reléguées aux marges du récit historique dominant. Ce croisement met également en lumière les tensions persistantes entre deux traditions historiographiques en France : l'une centrée sur les formations infirmières généralistes, l'autre plus silencieuse et fragmentaire, attachée aux parcours des infirmier·ères psychiatriques. La question de leur articulation ou de leur fusion, encore ouverte, apparaît comme un enjeu historiographique majeur à discuter. Enfin, cette section interroge les modalités contemporaines de transmission de cette histoire reconstituée, qu'il s'agisse de la formation initiale ou continue, et insiste sur le rôle structurant que peuvent jouer les savoirs historiques dans la construction d'une identité professionnelle infirmière en psychiatrie, consciente de ses racines et de ses ruptures.

La seconde partie du chapitre présente l'article « Ils nous ont volé la victoire ». Structuré comme une discussion thématique, il mobilise le cadre de l'empowerment psychologique (Zimmerman, 1995) pour proposer une lecture transversale de cinq

dimensions clés issues des résultats. L'article évalue la pertinence de ce cadre à la lumière du contexte français, et discute ses apports, ses points d'appui, mais aussi ses zones aveugles. Il explicite en outre les forces méthodologiques de l'étude — notamment la richesse des matériaux mobilisés et la cohérence de la triangulation — tout en reconnaissant ses limites. Enfin, il inscrit les résultats dans les débats contemporains sur l'évolution des rôles infirmiers en psychiatrie, en soulignant les tensions entre autonomie professionnelle, réformes institutionnelles et transformations de la clinique. En croisant ainsi une démarche historiographique critique et une analyse théorique appliquée, ce chapitre vise à contribuer de manière originale au champ de la *nursing history*³⁴ et à la réflexion actuelle sur le pouvoir d'agir infirmier dans les contextes psychiatriques contemporains.

7.1 Écrire depuis les marges : discussion historiographique

7.1.1 Une contribution historiographique à l'histoire infirmière. Le bilan historiographique exposé dans le premier chapitre de cette thèse met en lumière une double dynamique : d'une part, l'invisibilisation persistante des infirmier·ères psychiatriques dans les grandes synthèses d'histoire de la santé publique et psychiatrique ; d'autre part, la présence de récits périphériques, souvent non académiques en France, porteurs d'un effort de mémoire situé mais encore largement non reconnu par les institutions savantes. Cette configuration historiographique révèle un champ peu structuré, faiblement consolidé, et caractérisé par une production sporadique, en contraste avec les dynamiques institutionnelles de recherche observées au Canada francophone, notamment au sein de l'Unité de recherche en histoire du nursing (URHN-NHRU).

Les résultats empiriques issus de cette enquête permettent de réinterroger les récits dominants sur la psychiatrie de secteur. Ils confirment que cette histoire ne peut être saisie

³⁴ L'expression *nursing history* est conservée ici en anglais, car elle désigne un champ disciplinaire structuré au niveau international, avec ses réseaux, ses revues spécialisées et ses traditions historiographiques propres.

uniquement à travers les figures médicales les plus visibles, telles que Lucien Bonnafé, François Tosquelles, Paul Balvet ou Jean Oury. Cette lecture, classique mais partielle, se retrouve dans une historiographie largement dominée par le regard médical. Les travaux de Claude Quézel (2009), Jacques Postel et Claude Quézel (2012), Jacques Hochmann (2017), Yves Pélacier (1971), Gérard Bléandonu et Maurice Despinoy (1974), ou encore Lion Murard et François Fourquet (1975), en offrent une illustration significative. Sans prétendre à l'exhaustivité, ces auteur·es représentent ici une entrée emblématique dans ce champ, avec des publications aux temporalités elles-mêmes variées — tantôt contemporaines de la sectorisation, tantôt rétrospectives.

Ces ouvrages, riches et structurants, ont largement façonné une historiographie « par le haut » centrée sur les réformes étatiques, les circulaires, les institutions et les grands paradigmes savants, parfois au détriment des dynamiques professionnelles périphériques. Sans chercher à les invalider, ma recherche propose une lecture complémentaire, en s'appuyant sur les récits de terrain pour faire émerger un regard plus situé. Elle met en lumière des pratiques portées par les ISP— séjours thérapeutiques, médiations collectives, accompagnements extra-hospitaliers — qui témoignent d'initiatives soignantes souvent ignorées. Ces contributions, enrichissent la compréhension de la sectorisation en montrant l'hétérogénéité concrète et la portée expérimentale. Dans cette perspective, les contributions isolées en sociologie de Patrice Krzyzaniak, de Julien de Miribel (2016), ou encore du juriste en droit médical Sébastien Rubinstein (2020) offrent des éclairages singuliers sur la dimension sociohistorique de la profession infirmière en psychiatrie. Bien que ces travaux n'appartiennent pas à une tradition historiographique continue, ni à un courant structuré, ils n'en demeurent pas moins précieux. Leur existence atteste d'un intérêt disséminé mais réel pour les pratiques infirmières spécifiques à la psychiatrie, et mérite d'être mobilisée à titre de jalons périphériques. Sans chercher à les inscrire dans une généalogie directe de cette

recherche, leur prise en compte permet de souligner que d'autres voix ont tenté, avec des approches et des visées diverses, de documenter les rôles, les savoirs et les positions des ISP. Cette reconnaissance n'entame en rien le caractère original et structurant d'une démarche qui repose sur un matériau empirique inédit, une posture infirmière assumée et une visée analytique historiquement située.

C'est précisément ce manque que la présente recherche a souhaité combler : proposer un décentrement salutaire vers celles et ceux dont la contribution, bien que décisive, reste en marge des récits historiques. Il ne s'agit pas de clore le récit, mais d'en révéler la texture vivante, traversée de tensions et de contradictions. Et cette contribution infirmière n'a pas été exempte d'obstacles. Elle s'est heurtée à des résistances multiples : rigidité hiérarchique, reconnaissance institutionnelle différée, standardisation croissante des pratiques, invisibilisation dans les archives officielles. Ces éléments montrent que les dynamiques de reconnaissance historique ne sont ni immédiates, ni neutres : elles sont traversées par des rapports de pouvoir, des silences construits et des luttes pour la légitimité. En cela, cette recherche ne se limite pas à documenter des pratiques oubliées. Elle permet de revisiter l'histoire de la sectorisation elle-même, en soulignant sa nature profondément hétérogène et différenciée. Loin d'un récit événementiel unifié centré sur quelques figures médicales tutélaires, les matériaux recueillis révèlent une pluralité de mises en œuvre locales, de temporalités disjointes et de dynamiques relationnelles portées par des infirmier·ères souvent restées dans l'ombre. Cette approche ancrée dans des récits de terrain, contribue à une lecture « par le bas » de la réforme, qui éclaire autrement la complexité de ses transformations et l'épaisseur vécue des processus de changement. Elle vient ainsi nuancer une vision trop linéaire ou enchantée de la désinstitutionnalisation, à l'image de celle analysée de manière critique par Alexandre Klein, Hervé Guillemain et Marie-Claude Thifault dans leur ouvrage collectif *La fin de l'asile ?* (2018). En cela, elle rejoint également

les perspectives défendues par Olivier Faure (1994) en faveur d'une histoire de la santé attentive aux pratiques ordinaires, aux configurations locales et aux subjectivités soignantes. Ce déplacement du regard invite également à réinterroger certains cadres théoriques ayant structuré la pensée critique en psychiatrie. Si Michel Foucault (1976 ; 1993) ou Robert Castel (1977) ont permis de dévoiler les logiques de pouvoir à l'œuvre dans les institutions, leurs analyses tendent à réduire les soignant·es à des rôles d'exécutants. Or, les trajectoires analysées ici dessinent une tout autre réalité : elles révèlent des zones d'autonomie, de négociation, voire de résistance. À rebours d'une lecture univoque du pouvoir disciplinaire, ces récits permettent de penser l'agentivité infirmière comme un levier structurant dans l'histoire du soin psychiatrique, à condition de lui accorder la place qu'elle mérite.

Par cette perspective, cette thèse s'inscrit dans une filiation historiographique encore peu consolidée. Elle prolonge les contributions savantes pionnières ISP de Marcel Jaeger (2016a ; 2016b ; 2017a ; 2017b) et Henny Zilliox (1976), tout en soulignant leur caractère daté, isolé et non intégré dans une dynamique de recherche continue. Le vide historiographique relatif entourant les ISP n'est pas simplement une lacune : il est l'indice d'un refoulement structurel de certains savoirs professionnels.

En mobilisant un corpus hybride — récits de vie, archives associatives, documents pédagogiques, traces informelles — j'ai fait le choix de sortir des sentiers balisés d'une approche archivistique classique. Ce choix ne relève pas uniquement d'une contrainte documentaire ; il s'inscrit dans une posture épistémologique délibérée, forgée au fil du terrain, à l'écoute des témoins et de la matérialité parfois ténue de leurs traces. J'ai été confronté, dès les premières analyses, à la discontinuité des sources, à leur charge affective, à leur hétérogénéité. Plutôt que de chercher à lisser ces aspérités, j'ai choisi de les assumer comme révélatrices de ce qui fait l'épaisseur propre de l'histoire infirmière psychiatrique : une histoire de marges, de silences, de tensions — mais aussi d'inventions et de résistances.

Ce parti pris méthodologique appelle une redéfinition des régimes de preuve historiographique usuels. Il m'a conduit à élargir le spectre des sources considérées comme légitimes, en incluant des formes narratives discontinues, des récits affectifs, des savoirs en creux. En cela, cette recherche se situe dans le sillage des travaux de l'URHN-NHRU, mais elle tente aussi d'en prolonger les implications dans un contexte français encore peu familier de cette reconnaissance épistémologique. Il me semble que cette ouverture ne relève pas seulement d'une volonté théorique : elle est rendue nécessaire par les caractéristiques mêmes de l'objet étudié. Comment documenter une mémoire professionnelle en grande partie tue ou ignorée sans accepter de déplacer les normes historiographiques ? Comment rendre justice à des expériences infirmières singulières sans laisser de place à leur part subjective, émotionnelle, parfois même intuitive ?

En définitive, les résultats obtenus appellent à structurer, en France, un champ interdisciplinaire consacré à l'histoire du nursing psychiatrique. À l'instar des avancées ontariennes et québécoises, cela suppose de croiser rigueur scientifique, mémoire professionnelle et exploration critique des sources alternatives. En articulant matériaux existants et voix négligées, il devient possible de faire émerger une historiographie rigoureuse, hospitalière à la complexité du soin, et capable d'éclairer autrement l'histoire de la psychiatrie et de la santé. Cette ambition implique également une attention renouvelée aux formes de transmission professionnelle et aux récits marginaux, souvent relégués hors des circuits académiques traditionnels, mais porteurs de significations précieuses sur les pratiques infirmières en psychiatrie.

7.1.2 Les écritures infirmières non académiques. Si l'histoire des infirmières et infirmiers psychiatrique demeure largement absente des récits savants, elle n'a pas pour autant sombré dans le silence. Depuis plusieurs décennies, elle s'énonce depuis les marges, donnant naissance à une production écrite dont la singularité mérite l'attention. Cette littérature

comprend des textes rédigés par des soignants en fin de parcours professionnel, des récits publiés à compte d'auteur, des fragments diffusés dans des revues spécialisées, professionnelles ou militantes. Ces écrits, bien qu'échappant aux circuits académiques établis, constituent un corpus historiquement signifiant qui témoigne à la fois de la vitalité de certaines mémoires infirmières et du déficit de structuration d'un champ disciplinaire propre à leur reconnaissance en France (Annexe 4).

La figure d'André Roumieux occupe une place singulière dans ce paysage historiographique. Infirmier psychiatrique de formation, aujourd'hui décédé, il a su, à travers une série d'ouvrages largement diffusés, porter la voix des anonymes du soin. En donnant une légitimité à la parole infirmière, il a aussi ouvert la voie à d'autres soignant·es, les autorisant — symboliquement et concrètement — à écrire leur propre histoire. Son style, qui mêle subjectivité assumée, critique institutionnelle et mémoire vive du secteur psychiatrique, s'exprime dans une langue accessible tout en demeurant rigoureuse. Son œuvre, pionnière dans ce domaine *La tisane ou la camisole ?* (1981), compte parmi les rares à avoir touché un public dépassant le cercle strictement professionnel. Aux côtés de cette production, d'autres écrits, moins visibles mais non moins significatifs, participent de cette mémoire constituée. Friard, auteur prolifique, par ses réflexions approfondies sur l'épistémologie du soin, incarne une forme d'érudition infirmière développée hors des cadres académiques traditionnels (2021). Des auteurs tels que Annick Perrin-Niquet (2020), Jacky Merklings (2007), Patrick Touzet (2016) ou Anne-Marie Leyreloup (2010) contribuent à ce paysage éditorial, chacun contribuant à faire exister une parole infirmière publique, souvent ancrée dans l'expérience mais rarement validée par l'institution universitaire. Ces productions textuelles ne s'inscrivent pas dans la littérature scientifique au sens académique du terme. Elles n'ont pas franchi les seuils de validation méthodologique propres à l'historiographie classique, ni subi l'épreuve des comités de lecture savants. Leur émergence s'ancre dans un contexte où la culture

scientifique infirmière — particulièrement dans le domaine historique — demeure embryonnaire en France. L'absence de formations à la recherche, les difficultés d'accès aux canaux éditoriaux légitimes, la faible valorisation institutionnelle de l'écriture dans les parcours professionnels infirmiers ont concouru à maintenir ces récits à distance des espaces de légitimation académique. Dans cette configuration, la psychiatrie cumule les facteurs d'éloignement : spécialité considérée comme marginale au sein de la profession, travail relationnel difficilement archivable, absence d'écriture clinique standardisée et reconnaissance historique limitée.

Cette marginalisation n'est pas fortuite. Elle révèle l'existence d'une frontière persistante entre les formes reconnues de savoir et celles, plus informelles, du témoignage professionnel. Les critiques habituellement formulées à l'encontre de ces textes — caractère trop littéraire, subjectivité excessive, partialité assumée — reflètent les normes d'un ordre académique restrictif. Ce constat fait écho à celui formulé par Sioban Nelson et Pauline Paul (2020), qui soulignent combien l'histoire de la formation infirmière, riche de récits situés et d'expériences incarnées, demeure sous-exploitée dans les recherches historiques, précisément parce qu'elle repose sur des matériaux jugés insuffisamment conformes aux standards du récit savant. Pourtant, ces écrits livrent des éléments qui ne se retrouvent guère dans d'autres sources : une atmosphère professionnelle, une éthique implicite du soin, une attention portée aux détails discrets de la pratique quotidienne. Ils évoquent les tensions de service, les moments de partage, les renoncements silencieux, les dimensions affectives du travail soignant. Leur finalité ne consiste pas à documenter une histoire officielle, mais à transmettre une expérience vécue et à porter une mémoire professionnelle élaborée à hauteur de terrain. Ces textes ne relèvent pas du registre conventionnel des sources historiques. Ils n'ont pas été conçus dans une perspective d'archivage ni d'analyse ultérieure. Leur valeur ne réside pas dans une prétention à l'objectivité, mais dans l'effort de transmission qu'ils incarnent. C'est

parce que je les interroge, que je les mets en contexte, que je les relis à partir d'une démarche de recherche, qu'ils prennent un statut documentaire. Ce sont des écrits du terrain, souvent en marge des circuits savants, mais porteurs d'une mémoire professionnelle. J'ai choisi de les traiter comme des sources à part entière, même s'ils ne répondent pas aux critères classiques de scientificité. Cette tension traverse tout mon travail : comment faire de l'histoire infirmière à partir de matériaux fragmentaires, subjectifs, parfois informels ? Comment tenir une posture de chercheur quand les écrits que l'on mobilise échappent aux normes académiques ? Loin d'être un obstacle, cette difficulté a ouvert une voie de recherche précieuse : celle qui travaille avec les discontinuités, avec les marges, avec des formes d'écriture qui ne cherchent pas la légitimité, mais qui méritent d'être entendues, comprises, analysées.

Ces productions révèlent également les limites historiques de la légitimation du savoir infirmier. Leur marginalité témoigne de l'espace restreint laissé, en France, à une parole infirmière réflexive, autonome et historiquement située. Elles apparaissent comme des tentatives d'ego archive, un champ où la recherche en soins infirmiers, et plus encore celle sur l'histoire de la pratique infirmière psychiatrique, reste faiblement institutionnalisée. Elles portent, en creux, l'écho de parcours académiques inaboutis — à l'image de ceux d'Hubert Bieser ou de Didier Dupeux rencontrés sur ma route doctorale — autant de voix engagées dans une démarche d'écriture historique mais entravées par l'absence de soutien académique, de relais éditoriaux appropriés ou de reconnaissance institutionnelle. Cette analyse n'appelle ni à une sanctuarisation de ces récits ni à une contestation des critères scientifiques existants. Elle plaide pour une ouverture historiographique assumée. Ces textes forment un entre-deux méthodologique : ni purement anecdotiques ni pleinement historiographiques, ils sont porteurs d'un savoir narratif qui permet d'élargir notre compréhension des pratiques de soin. Une science infirmière qui se veut réflexive et historiquement consciente ne peut continuer d'ignorer ces voix. Les intégrer à la réflexion historique revient à reconnaître que l'histoire

professionnelle ne se construit pas uniquement à partir de documents conçus pour être conservés, mais aussi à partir de ceux qui ont été écrits pour comprendre, pour se souvenir, pour transmettre — souvent entre pairs, et parfois contre l'oubli.

7.1.3 Pour une historiographie inclusive des soins infirmiers. Au fil de cette recherche, une ligne de fracture historiographique s'est imposée comme un point aveugle structurant : l'histoire des soins infirmiers s'est majoritairement écrite en France selon deux voies parallèles, rarement mises en relation. D'un côté, les travaux pionniers de Michel Poisson (2015, 2018), René Magnon (2001), Yvonne Knibiehler (1984, 2011) ou encore Évelyne Diebolt et Nicole Fouché (2011) ont constitué une mémoire infirmière solidement ancrée dans le champ somatique. Centrés sur les formations généralistes, les revendications syndicales et les mutations techniques, ces récits ont largement contribué à légitimer le rôle infirmier dans le système de santé, mais sans prendre en compte la spécificité du nursing psychiatrique. C'est précisément cette absence qu'est venu combler, à partir d'un tout autre angle, le travail de Marcel Jaeger. En retraçant le rôle des infirmier·ères dans les politiques publiques de psychiatrie, notamment à travers les dispositifs de formation et les réformes institutionnelles, il a donné une visibilité nouvelle à une histoire professionnelle jusqu'alors marginalisée. Son travail a montré, de manière décisive, que les infirmier·ères psychiatriques ne sont pas une branche spécialisée d'un tronc infirmier unique, mais les acteur·ices d'une histoire autonome, souvent effacée ou ignorée par les récits centrés sur le versant somatique.

C'est en marchant dans les pas de Marcel Jaeger que cette recherche s'est construite. Nos approches diffèrent : là où Jaeger mobilise les archives institutionnelles et éclaire les grandes logiques organisationnelles de la profession, mon enquête privilégie les récits de vie, les objets personnels, les archives associatives — autant de sources mineures qui donnent à entendre une parole professionnelle longtemps tue. Pourtant, le constat rejoint le sien : l'histoire infirmière psychiatrique existe bel et bien, dans sa richesse, sa complexité, sa

densité. Elle appelle aujourd'hui à sortir du face-à-face muet entre deux traditions historiographiques.

Ce silence mutuel n'est pas sans conséquences. Il façonne les catégories d'analyse, oriente les méthodologies et produit une représentation incomplète de la profession. Nombre de témoins ayant travaillé dans les deux secteurs décrivent des expériences de rupture : sentiment d'étrangeté, divergences dans les rapports à l'autorité médicale, absence de reconnaissance symbolique dans les parcours de formation. La psychiatrie y apparaît souvent comme un hors-champ, périphérique, presque accidentel. Ces récits signalent que la fracture historiographique a des effets concrets sur les identités professionnelles et les trajectoires vécues. À ce titre, je ne propose ni synthèse artificielle ni nivellement des spécificités cliniques. Mon objectif est d'ouvrir un espace commun où ces histoires puissent dialoguer sans se confondre. Le récent article de Sébastien Thilly (2024), issu de ses travaux sur l'identité infirmière, va dans ce sens : en montrant les circulations entre champs somatique et psychiatrique, il renforce la légitimité d'une lecture croisée des deux histoires professionnelles.

Reconnaître la pluralité des filiations professionnelles, c'est enrichir notre compréhension de l'identité infirmière dans ce qu'elle a de traversé, de situé, de conflictuel. C'est aussi une manière d'assumer, au sein même de la discipline, la part de tensions, de mémoires disjointes et de récits concurrents qui la traversent. En documentant finement les trajectoires psychiatriques et en les articulant à une réflexion plus large sur les héritages infirmiers, cette thèse plaide pour une historiographie inclusive. Une historiographie capable de faire place à la diversité sans l'écraser, et d'en faire un levier de compréhension du présent professionnel

7.1.4 Transmettre l'histoire infirmière : un enjeu pédagogique et épistémologique. Au-delà de son inscription dans le champ académique, cette thèse répond à un double impératif

disciplinaire et pédagogique : produire une histoire infirmière psychiatrique, c'est construire un savoir apte à renforcer les identités professionnelles tout en contribuant à l'émergence d'une mémoire collective encore lacunaire. L'effacement historiographique des ISP et avant eux des infirmier.ères psychiatriques, ne relève pas seulement d'un oubli, mais participe à une forme de disqualification symbolique affectant la manière dont les professionnel·les conçoivent leur rôle, leurs héritages et leurs possibilités d'action. Les travaux d'Olivier Faure (1994), Guillemain (2010), Benoît Majerus (2019), Aude Fauvel (2005, 2013), Harrison (2017), Thifault (2012 ; 2019 ; 2020), Klein (2016) ou encore Yolande Cohen (2008) illustrent, entre autres, combien une historiographie plurielle, sensible aux pratiques et réflexive dans ses méthodes, constitue une condition de structuration des disciplines du soin. Les matériaux empiriques réunis dans le cadre de ma recherche prolongent cette orientation, en ancrant l'analyse dans les pratiques concrètes, les dynamiques soignantes locales et l'expression d'un empowerment psychologique. Cette posture historienne peut alors devenir, ce faisant, un outil pédagogique à part entière — critique et nécessaire dans un contexte de mutations rapides des pratiques.

L'enseignement de l'histoire de la psychiatrie reste aujourd'hui marginal dans les formations infirmières, initiales comme continues. Trop souvent cantonné à des anecdotes ou à des narrations désincarnées, il ne bénéficie pas d'un adossement solide à une historiographie disciplinaire. Or, comme le souligne Michel Nadot dans *La discipline infirmière et les trois temps du savoir*, une relecture historisée des savoirs infirmiers constitue une étape incontournable dans le processus de structuration disciplinaire (2020, pp. 20-22). Yolande Cohen (2008), au Québec, met en évidence la portée émancipatrice de récits professionnels reconnus et partagés, dès lors qu'ils sont saisis comme supports de légitimité et vecteurs de projection collective. En inscrivant ses travaux dans une perspective féministe, attentive aux trajectoires professionnelles des infirmières et à la mémoire des femmes, elle

montre comment l'histoire peut devenir un outil critique de reconnaissance, de transmission et d'autonomisation collective dans les disciplines du soin. C'est dans cette optique que s'inscrit la présente thèse : elle n'entend pas livrer une mémoire close, mais ouvrir un espace critique sur les conditions historiques de possibilité du soin, en explorant ses continuités, ses résistances et ses zones d'ombre. Les savoirs infirmiers ainsi dégagés — issus d'une histoire par le bas — offrent aux professionnel·les des ressources pour relire leur pratique à l'aune d'un récit enrichi, ancré dans une temporalité étendue. L'enjeu dépasse donc la seule conservation mémorielle. Il engage la construction d'une épistémologie infirmière du soin psychiatrique, rigoureuse, contextuelle, hospitalière à la pluralité des expériences et des tensions professionnelles. Cela suppose également de renforcer l'intégration de l'histoire infirmière dans les cursus de formation initiale, non pas comme un simple repère chronologique, mais comme une clé de lecture critique des transformations contemporaines du soin. En formation continue, cette même histoire gagnerait à devenir un champ thématique à part entière, mobilisé non pour commémorer, mais pour réfléchir collectivement à ce qui fait profession, ce qui fait rupture, et ce qui continue à structurer l'action soignante au quotidien. Les analyses de Jean-Laurent Domingue (2022) sur la stigmatisation des infirmier·ères psychiatriques — et en particulier sur la stigmatisation par association qui les relie, aux yeux du public, à la folie et à ses représentations sociales — soulignent combien l'histoire des soins psychiatriques ne se limite pas à un héritage institutionnel. Elle engage aussi une lutte symbolique pour la reconnaissance et la légitimité professionnelle.

7.1.5 Ce que dit l'historiographie. Cette discussion historiographique a permis de questionner les formes et les cadres à partir desquels l'histoire infirmière psychiatrique se construit, se transmet — ou s'efface. Mon travail a aussi fait émerger un legs infirmier psychiatrique, fragile mais bien présent dans les mémoires, les pratiques et les archives. En écoutant les récits, en manipulant des documents personnels ou associatifs, j'ai découvert des

traces, parfois ténues, d'une histoire collective qui continue de vivre dans les gestes du quotidien et les formes d'engagement professionnel. Ces fils, en apparence disjointes, dessinent pourtant des continuités. Ils permettent de penser ce qui se transmet — parfois en silence — d'une génération à l'autre, d'un monde professionnel à un autre.

C'est à partir de ce matériau historique, de ces filiations parfois silencieuses, que le manuscrit suivant prend appui pour ouvrir une autre dimension de la discussion. Intégré à ce chapitre et soumis à la revue *Recherche en Soins Infirmiers*, il interroge ce que les résultats empiriques donnent à comprendre des tensions professionnelles contemporaines. À travers le cadre de l'empowerment psychologique, j'y propose une lecture critique de la situation actuelle : celle d'un métier en recomposition, traversé par des injonctions paradoxales, des formes d'invisibilisation, mais aussi des ressources pour penser autrement la reconnaissance, l'initiative et le collectif. L'article « Ils nous ont volé la victoire » prolonge la réflexion engagée ici en la tournant vers demain. Il propose des lignes de force, des appuis concrets, et invite à envisager le soin infirmier psychiatrique comme un champ de transformation possible — à condition de prêter attention à ce qui s'y invente, souvent à bas bruit, mais avec une puissance réelle.

7.2 Discussion critique des résultats au prisme de l'empowerment psychologique

L'article « On nous a volé la victoire » soumis à la revue scientifique *Recherche en soins infirmiers* constitue l'un des aboutissements centraux de cette recherche doctorale. Il en propose une lecture transversale et analytique à partir du cadre conceptuel de l'empowerment psychologique. Rédigé sous la forme d'un article scientifique IMRAD, il articule les données empiriques recueillies à Sainte-Marie de Clermont-Ferrand à une discussion critique des dynamiques d'affirmation, de dépossession et de transformation du pouvoir d'agir infirmier en psychiatrie. La richesse de la discussion déployée dans l'article trouve sa source dans un regard pluriel, nourri par vingt-cinq années d'expérience dans le soin psychiatrique. C'est ce

regard composite – celui du soignant, du cadre, du formateur, et aujourd’hui du chercheur en sciences infirmières – qui m’a permis de questionner autrement les pratiques invisibilisées, les dynamiques d’émancipation fragiles, et les contradictions du quotidien clinique. Cette pluralité de postures n’est pas un obstacle à la rigueur : elle en est ici la condition, en ouvrant un espace de pensée fécond à la croisée des savoirs situés et des exigences scientifiques.

L’article qui suit condense ainsi plusieurs dimensions de la thèse : il opère un déplacement analytique, en recentrant l’attention sur les dynamiques professionnelles concrètes et les formes de subjectivation soignante. Il témoigne aussi d’un engagement dans le champ disciplinaire infirmier, en cherchant à faire dialoguer récit historique, concepts critiques et perspectives de transformation. Son intégration dans cette thèse reflète à la fois une cohérence de fond et une volonté de mise en partage des résultats à travers les canaux reconnus de la recherche scientifique.

Chapitre 7 – Article V

« Ils nous ont volé la victoire » *L’empowerment psychologique des infirmiers de secteur psychiatrique à Sainte-Marie de Clermont-Ferrand (1969–1999)*

Référence complète Villeneuve, B. (soumis). « Ils nous ont volé la victoire ».

L’empowerment psychologique des infirmiers de secteur psychiatrique à Sainte-Marie de Clermont-Ferrand (1969–1999). *Recherche en Soins Infirmiers*.

État de publication Soumis à la revue *Recherche en Soins Infirmiers* ; en cours de révision après expertise (évaluation en double aveugle).

Rôle de l’auteur et contribution Auteur principal et unique. Cet article a été conçu, rédigé et soumis dans le cadre de la présente recherche doctorale. Il s’appuie sur l’analyse approfondie des données recueillies au cours de l’enquête et constitue une mise en forme thématique et théorique de certains résultats de la thèse. Les relectures scientifiques et les ajustements rédactionnels ont été menés en parallèle des derniers mois de rédaction.

Lien avec la thèse et justification de l'inclusion Ce manuscrit constitue un prolongement analytique des résultats développés dans les chapitres 5 et 6 de la thèse. En s'appuyant sur une lecture transversale des données empiriques, il permet de mettre en perspective les dynamiques professionnelles identifiées à l'échelle micro-institutionnelle avec un cadre théorique structurant. Il en résulte une contribution originale à la fois à la recherche en sciences infirmières et à l'histoire du soin psychiatrique. Son intégration dans la thèse répond à une double logique : renforcer l'adossement disciplinaire de la recherche et valoriser, dans une forme publiable, les apports critiques de l'analyse. Le processus de soumission³⁵ et d'évaluation en cours témoigne de la reconnaissance de ce travail au sein du champ scientifique infirmier.

³⁵ Les sections feutrées de noir sont liées au processus de révision en double aveugle nécessitant une anonymisation des éléments qui pourraient permettre l'identification de l'auteur aux réviseurs.

« Ils nous ont volé la victoire »

L'empowerment psychologique des infirmiers de secteur psychiatrique à Sainte-Marie de Clermont-Ferrand (1969-1999)

“They Stole Our Victory”

The Psychological Empowerment of Psychiatric Sector Nurses at Sainte-Marie Hospital in Clermont-Ferrand (1969-1999)

Benjamin Villeneuve

Doctorant en sciences infirmières, Université d'Ottawa (Canada)

Chercheur associé, Unité d'histoire et de recherche en nursing (UHRN), Université d'Ottawa

Chercheur associé, Institut des humanités en médecine (IHM), Université de Lausanne (Suisse)

Infirmier en psychiatrie, formateur et responsable du domaine clinique, GRIEPS (France)



Président de l'ADRpsy (association pour le développement de la recherche en soins en psychiatrie)

Remerciements

L'auteur tient tout d'abord à remercier chaleureusement ses directrices de thèse, Marie-Claude Thifault et Aude Fauvel, pour leur encadrement exigeant, bienveillant et inspirant tout au long de ce travail. Il exprime également sa gratitude à l'ensemble des professionnels ayant accepté de témoigner dans le cadre de cette recherche, ainsi qu'à la direction de l'hôpital Sainte-Marie de Clermont-Ferrand pour son accueil. Il remercie également les archives départementales du Puy-de-Dôme pour leur soutien. Une reconnaissance particulière est adressée à Jean-Michel Poitre, du groupe Histoire de l'établissement, pour son accompagnement précieux.

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

« Ils nous ont volé la victoire »

L'empowerment psychologique des infirmiers de secteur psychiatrique à Sainte-Marie de Clermont-Ferrand (1969–1999)

Résumé (français)

Introduction : En France, l'histoire de la psychiatrie a été écrite en grande partie sans les infirmiers. La suppression du diplôme d'ISP en 1992 a contribué à invisibiliser une identité professionnelle spécifique et ses savoirs associés.

Objectif : Documenter les trajectoires des ISP de l'hôpital Sainte-Marie de Clermont-Ferrand entre 1973 et 2000, et analyser les formes d'autonomisation professionnelle développées dans un contexte de mutation institutionnelle.

Méthode : L'étude mobilise une approche d'*history from below*, croisant récits de vie, archives institutionnelles, documents personnels et matériaux professionnels issus du terrain. Le cadre d'empowerment psychologique de Zimmerman (1995) est utilisé de manière critique.

Résultats : Les résultats révèlent des stratégies d'affirmation, des pratiques cliniques alternatives et des dynamiques collectives témoignant d'un empowerment infirmier historiquement situé.

Discussion : L'analyse interroge la pertinence du cadre théorique dans un contexte professionnel et historique, et propose une lecture située de l'autonomie soignante.

Conclusion : Cette étude contribue à l'émergence de la *nursing history* en France et propose des repères pour faire face à la crise de sens actuelle en psychiatrie infirmière.

Mots-clés (français)

Histoire infirmière ; Empowerment psychologique ; Récit de vie ; Interdisciplinarité ; Infirmier de secteur psychiatrique

“They Stole Our Victory”

The Psychological Empowerment of Psychiatric Sector Nurses at Sainte-Marie Hospital in Clermont-Ferrand (1969–1999)

Abstract (English)

Introduction: In France, the history of psychiatry has largely been written without including nurses. The abolition of the ISP diploma in 1992 contributed to the invisibility of a specific professional identity and its associated knowledge.

Objective: To document the trajectories of psychiatric nurses at Sainte-Marie Hospital in Clermont-Ferrand between 1973 and 2000, and to analyze forms of professional empowerment developed during a period of institutional transition.

Method: This study draws on a *history from below* approach, combining life stories, institutional archives, personal documents and professional materials. Zimmerman's (1995) model of psychological empowerment is used critically.

Results: The findings highlight strategies of affirmation, alternative clinical practices and collective dynamics indicative of historically situated empowerment.

Discussion: The analysis questions the relevance of the theoretical model in a specific historical and professional context, and argues for a situated reading of nursing autonomy.

Conclusion: This research contributes to the development of nursing history in France and offers insights to address the current crisis of meaning affecting psychiatric nursing.

Keywords (English)

Nursing history; Psychological empowerment; Life story; Interdisciplinarity ; Psychiatric sector nurse

INTRODUCTION

Et si l'histoire de la psychiatrie française s'était construite en ignorant les infirmiers ? Cette hypothèse, loin d'être une simple figure rhétorique, en soulève une autre : un processus d'empowerment psychologique infirmier aurait-il pu émerger, à contre-courant des logiques dominantes, dans les marges actives du soin ? Ces interrogations mettent au jour les angles morts d'une historiographie encore largement centrée sur les récits médicaux et institutionnels (1). Elles éclairent l'effacement d'un acteur collectif pourtant central dans la transformation des pratiques psychiatriques dans la politique de sectorisation : les infirmiers de secteur psychiatrique (ISP). Les données recueillies dans cette recherche révèlent une implication significative des ISP dans la vie institutionnelle, les pratiques cliniques et les formes émergentes d'organisation collective. Cette marginalisation historiographique — véritable amnésie disciplinaire — s'explique par la reconnaissance tardive des sciences infirmières comme champ scientifique autonome en France (2), mais aussi par un paradigme épistémologique centré sur les figures d'autorité médicale et les logiques administratives (1). Ce double déficit de reconnaissance constitue l'un des points de départ de cette recherche. Dans ce contexte, la réforme de 1992, qui acte la suppression du diplôme d'ISP au profit d'un diplôme d'État unifié, marque un tournant à la fois symbolique et politique. Bien que présentée comme un progrès, elle fut vécue par de nombreux professionnels comme l'effacement brutal d'une culture soignante spécifique, d'un savoir situé et d'un espace d'autonomie conquis dans la durée (3).

Cette étude s'inscrit dans une démarche interdisciplinaire et vise à réhabiliter ces trajectoires invisibilisées à partir de l'exemple de l'hôpital Sainte-Marie de Clermont-Ferrand. Ce terrain n'a pas été choisi pour sa représentativité statistique ou symbolique, mais pour sa richesse archivistique, sa densité institutionnelle, et le rôle qu'il a joué dans la mise en œuvre concrète de la sectorisation. Il permet une investigation ancrée dans l'épaisseur du terrain, attentive aux dynamiques fines d'un groupe professionnel en mutation. Inscrite dans le courant de l'*history from below*, cette recherche mobilise des sources orales (récits de vie) et des archives institutionnelles et personnelles, croisant mémoires subjectives et traces matérielles du passé infirmier. Elle articule les apports croisés de l'histoire, de la sociologie, de la psychologie communautaire et des sciences infirmières, afin d'analyser les processus d'autonomisation professionnelle et de subjectivation en psychiatrie. Le cadre théorique mobilisé est celui de l'empowerment psychologique de Zimmerman (4), qui distingue trois dimensions : intrapersonnelle (perception de compétence), interactionnelle (compréhension du contexte et mobilisation des ressources), et comportementale (engagement dans des actions transformatrices). Ce cadre est ici utilisé de manière critique et exploratoire, à l'épreuve d'un matériau empirique composite.

L'étude poursuit une double ambition : documenter les formes d'engagement, de savoirs et d'identité professionnelle développées par les ISP entre 1973 et 2000 ; et analyser, à travers le prisme de l'empowerment, les tensions et les leviers à l'œuvre durant cette période de recomposition. Pour cela, une méthodologie interdisciplinaire attentive aux récits de vie et aux archives a été mobilisée. L'article commence par une présentation synthétique de la méthode, avant de développer les résultats empiriques. Ce déséquilibre assumé au profit de la discussion répond à l'objectif de cet article : proposer une contribution substantielle à la réflexion scientifique et politique engagée dans le cadre d'une thèse en sciences infirmières. Il s'inscrit plus spécifiquement dans la logique du manuscrit de thèse, dont il constitue l'un des volets analytiques, consacré à la discussion théorique et à la mise en tension des résultats empiriques. Le titre de l'article issu d'un verbatim remarquable de la collecte de données, « Ils nous ont volé la victoire », cristallise ces enjeux : il condense à la fois un sentiment de dépossession, une lucidité critique, et une dynamique contrariée d'émancipation professionnelle. Il constitue ainsi une clé de lecture de l'ensemble du propos.

1.METHODOLOGIE

1.1 Positionnement épistémologique

Cette recherche s'inscrit dans le courant critique des sciences infirmières développé par Holmes et Krol (5, p.1-3), qui invitent à s'affranchir des cadres normatifs dominants pour suivre des lignes de fuite conceptuelles et cliniques, là où les pratiques soignantes dessinent d'autres possibles. Loin d'un modèle néopositiviste ou strictement biomédical, cette posture revendique une attention portée aux marges, aux tensions vécues, et aux formes de subjectivation professionnelle qui traversent les pratiques de soin. Le soin y est appréhendé comme un espace dynamique, traversé par des logiques de reconfiguration, de résistance et de pouvoir d'agir. L'interdisciplinarité mobilisée dans cette recherche ne relève pas d'une juxtaposition d'approches mais d'une hybridation épistémologique assumée. Trois ancrages ont été articulés de façon solidaire : l'histoire socio-culturelle pour situer les pratiques dans le temps long des institutions, la sociologie qualitative pour accéder à la subjectivité des expériences professionnelles, et la psychologie communautaire pour éclairer les processus d'empowerment psychologique. Cette transversalité disciplinaire s'inscrit dans une ambition de développement des sciences infirmières comme champ de savoir critique, ancré dans les pratiques et ouvert à la complexité des contextes contemporains (6).

1.2 Méthodologie de terrain

La démarche adoptée relève d'une histoire par le bas, dans la lignée des travaux de Porter (7) en histoire sociale de la médecine. Elle propose un décentrement du regard, passant des figures institutionnelles aux professionnels invisibilisés, pour documenter des pratiques ordinaires mais socialement significatives. Dans cette perspective, les trajectoires infirmières psychiatriques deviennent lisibles comme des lieux de recomposition identitaire et de résistance aux normes professionnelles hégémoniques. Le site d'enquête, l'hôpital psychiatrique Sainte-Marie de Clermont-Ferrand, a été choisi pour son absence de notoriété institutionnelle, permettant une lecture plus fine des dynamiques locales d'appropriation et de transformation du soin. Ce choix fait écho à l'approche de l'historien Guillemain (8), qui a documenté les pratiques psychiatriques à travers les « chroniques ordinaires » du personnel soignant de l'hôpital du Mans, révélant ainsi la richesse des configurations locales en dehors des lieux symboliques de réforme. L'accès au terrain a été rendu possible par notre activité de [REDACTED], puis consolidé par un partenariat de confiance avec la direction. La rareté des archives internes a renforcé le recentrage sur les sources orales comme point d'appui principal. La méthode du récit de vie, selon Bertaux (9), a constitué une stratégie méthodologique centrale. Elle permet d'explorer comment les acteurs sociaux construisent, racontent et reconfigurent leur trajectoire au prisme des contraintes et des ressources qui balisent leur existence. Le récit permet d'accéder à la façon dont les soignants donnent sens à leur parcours professionnel, en articulant dimensions biographiques, relationnelles et structurelles. Il est mobilisé ici non comme reconstitution factuelle mais comme lieu d'élaboration identitaire et politique, en résonance avec les rapports de pouvoir et les normes de genre qui traversent l'histoire du soin psychiatrique. Cette approche rejoint les propositions de Thompson (10), pour qui la parole du témoin constitue une forme de construction discursive active, dont la performativité constitue l'un des principaux intérêts. Cette conception oriente l'ensemble du dispositif de recherche et justifie le recours à une approche interdisciplinaire (11), dont les articulations sont présentées dans le schéma ci-dessous (figure 1).

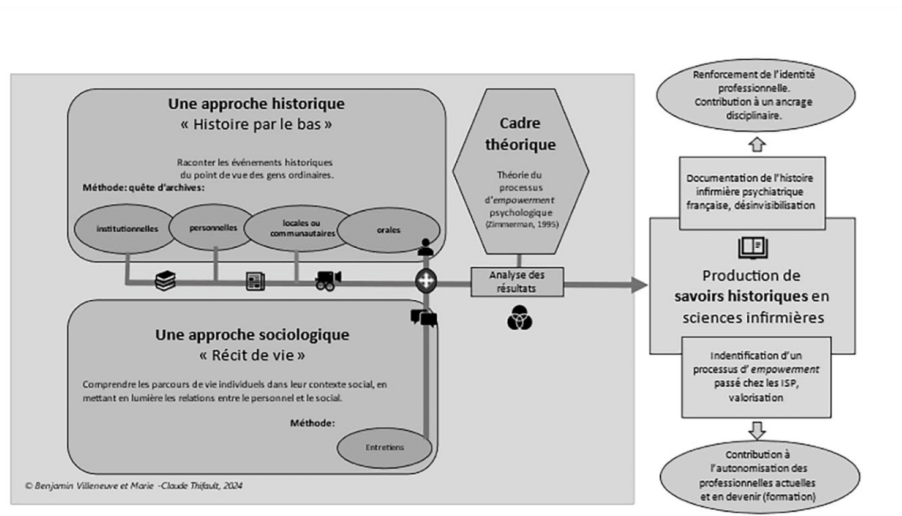


Figure 1 : Approche interdisciplinaire en sciences infirmières : design de l'étude (11). Le recrutement des vingt témoins a été amorcé lors d'une réunion de l'amicale des anciens ISP, sur les conseils d'un informateur-clé particulièrement investi dans la transmission de la mémoire professionnelle, puis prolongé par échantillonnage théorique par boule de neige, selon les principes formulés par Glaser et Strauss (12) et intégrés par Bertaux (9, p.30). Le choix d'un effectif de vingt témoins repose sur une logique de saturation qualitative, couramment admise en analyse de récits de vie. Bertaux (9, p.9) recommande un minimum de dix récits pour commencer à observer des régularités sociologiques. La taille de l'échantillon a permis de croiser des trajectoires suffisamment contrastées pour nourrir une interprétation fine des rapports entre trajectoires individuelles et environnements professionnels. Le protocole reposait sur des critères d'inclusion clairement définis : être titulaire du diplôme d'ISP et avoir exercé au moins cinq ans entre 1969 et 1999. Une attention particulière a été portée à la diversité des parcours (formations traversées, répartition sexuée, affectation sectorielle), en réponse à ce que Bertaux désigne comme une « exigence de variation » (9, p.33).

Les entretiens semi-directifs ont été menés entre 2024 et 2025 selon les modalités choisies par les témoins. Leur durée moyenne était de 1h30. Quatre témoins ont accepté un second entretien. Le guide, conçu dans l'esprit du récit de vie, se présentait comme un aide-mémoire souple, organisé en deux temps : une phase narrative ouverte et une phase plus ciblée, structurée autour de la grille de Zimmerman (9, p.64). En marge des temps formels, plusieurs échanges informels ont eu lieu : repas, cafés, discussions prolongées. Non enregistrés, ces moments ont enrichi la compréhension des contextes, des émotions et des reformulations différées. Kaufmann (10) souligne leur valeur sensible et insiste sur l'importance des marges de l'entretien. Bien que non analysés comme données primaires, ces fragments ont parfois révélé des éléments tus ou permis l'émergence de récits croisés, révélateurs de dynamiques mémorielles. Un journal de terrain a été tenu tout au long de la collecte pour consigner les impressions, les interactions informelles, les émotions, les rires ou les silences. Cette posture compréhensive a permis d'accueillir des éléments contextuels non verbalement exprimés mais significatifs dans le processus de narration. La conduite des entretiens s'est appuyée sur mon expérience clinique de plus de vingt ans en psychiatrie facilitant l'émergence de récits denses et incarnés. En écho à l'approche

rogérienne inspirée par les réflexions de Mucchielli (14), cette posture s'est traduite par une écoute active, une « neutralité bienveillante » et une reconnaissance professionnelle partagée (15). Dans cette dynamique intersubjective, le sentiment d'appartenance commune et l'absence de hiérarchie perçue entre chercheur et témoins ont favorisé une co-construction du sens. Cette implication a été pensée comme un geste réflexif exigeant, à la croisée d'une présence incarnée sur le terrain et d'une nécessaire mise à distance critique de chercheur. En écho aux principes défendus par Mucchielli (14), elle s'est construite dans une tension constante entre immersion sensible et rigueur épistémologique, assumant la difficulté de rester proche sans se confondre, de produire du sens sans céder à la complaisance. Le travail réflexif s'est appuyé sur des relectures différées, un journal de terrain, des phases d'analyses en décalé et des séquences de distanciation volontaire, afin de maintenir un équilibre entre proximité compréhensive et rigueur interprétative.

1.3 Analyse des données

L'analyse s'inscrit dans une logique inductive continue, amorcée dès les premiers entretiens, conformément à Bertaux (9, p.71). Le choix initial de ne retranscrire que des extraits a été abandonné au profit d'une transcription intégrale via le logiciel *Noota*, relue et corrigée, afin de favoriser une immersion rigoureuse dans la parole des témoins. Chaque entretien a été intégré à un corpus codé avec rigueur (initiales, numéro d'extrait, ligne), et analysé selon une grille croisant trois niveaux (intériorité, relations, structures) et trois registres (empirique, psychique, discursif), incluant la co-construction du récit (9, p.74 ; p.82).

L'analyse a combiné une lecture thématique à des notes réflexives issues du carnet de terrain, tenant compte des éléments contextuels et affectifs. Ces « données secondaires » (15) ont nourri une lecture herméneutique attentive aux silences, à l'émotion et aux décalages temporels. La narration, souvent non linéaire, a été articulée aux repères historiques. La saturation a été appréhendée comme une convergence narrative plutôt qu'un seuil objectivable. Elle s'est traduite par la récurrence d'éléments interprétatifs significatifs et la diminution progressive d'apports nouveaux dans les récits, rejoignant les critères empiriques de redondance thématique et de densité explicative (9, p.99). Aucun logiciel d'analyse automatisée n'a été utilisé. Ce choix d'une analyse artisanale, défendue par Blanchet (16), repose sur la volonté d'entretenir une immersion fine dans le matériau discursif. L'analyse manuelle s'est inscrite dans une démarche herméneutique équilibrée, permettant d'habiter les récits, de revenir sur les inflexions prosodiques, et d'exercer un jugement interprétatif attentif aux dimensions contextuelles et affectives des paroles recueillies.

1.4 Recours à des sources complémentaires

La triangulation des sources a reposé sur trois catégories de matériaux, mobilisées non pour valider les récits oraux, mais pour les mettre en tension avec d'autres types de traces, dans une logique interprétative. Les archives personnelles confiées par les témoins (bulletins de paie, photographies, lettres syndicales, coupures de journaux) ont joué un rôle central : leur matérialité a permis d'attester d'événements évoqués, de renforcer l'incarnation historique des récits et de révéler des formes d'engagement professionnel invisibles ailleurs. Leur collecte, fondée sur un lien de confiance fort, a suscité une vigilance éthique constante.

Les archives internes du CH Sainte-Marie, issues de la bibliothèque historique ou du « groupe histoire », ont permis de documenter les dynamiques institutionnelles et les circulations de savoirs infirmiers. Enfin, l'accès dérogatoire à des dossiers médicaux conservés en archives départementales a permis de repérer quelques traces indirectes du travail infirmier dans la documentation clinique des années 1970 à 1990. Cet accès exceptionnel a été rendu possible grâce à l'accord conjoint du directeur de l'hôpital Sainte-Marie et du directeur des Archives départementales du Puy-de-Dôme. Cette triangulation, dans l'esprit de Thompson (11) ou

Thifault et Kirouac (17), a renforcé la robustesse interprétative des analyses, en replaçant les récits dans l'épaisseur documentaire et professionnelle de leur époque.

1.5 Limites et biais

Les limites de cette méthode ont été pleinement intégrées à l'analyse. La mémoire reste soumise à des biais rétrospectifs : réagencement narratif, silences protecteurs, effacement involontaire. Le vieillissement des témoins, la charge affective du souvenir ou la déformation postérieure ont été pensés comme des composantes significatives, et non comme des erreurs à corriger (9, p.82). Ces effets ont été accueillis comme faisant partie de la dynamique de subjectivation à l'œuvre dans le récit. Leur prise en compte a permis d'affiner la lecture, notamment dans l'analyse des tensions mémorielles, des omissions, ou des recompositions identitaires a posteriori.

Ces limites ne constituent pas des obstacles à l'interprétation, mais des révélateurs de la position située des récits, marqués par le temps et l'émotion. En ce sens, elles invitent moins à corriger le matériau qu'à l'écouter autrement, en tenant compte des creux, des contradictions et des hésitations comme autant d'indices de travail biographique en cours. Cette posture herméneutique s'inscrit dans une histoire par le bas qui gagne à être complétée par d'autres approches historiographiques, attentives aux médiations symboliques, aux scripts professionnels et aux dispositifs matériels du soin. La pluralité des régimes de preuve et des cadres d'interprétation permet ainsi d'enrichir l'analyse des subjectivités professionnelles, sans les dissocier de leur ancrage institutionnel et historique (17).

1.6 Considérations éthiques et déontologiques

L'ensemble de la démarche a été conduit dans le respect des principes éthiques en vigueur. Le projet a reçu l'approbation du Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa. Tous les entretiens ont été réalisés sur la base d'un consentement libre et éclairé. Les données ont été anonymisées et les documents d'archives personnelles transmis par les témoins ont fait l'objet d'une autorisation spécifique. Cette posture éthique a été conçue comme indissociable d'une démarche méthodologique fondée sur la confiance, la rigueur et l'écoute sensible.

Afin d'assurer la traçabilité et le respect des standards de rigueur, chaque extrait cité a été codé selon les normes APA 7(18, §8.36). Les fragments analysés ont été sélectionnés pour leur densité signifiante ; seuls quelques extraits représentatifs sont reproduits dans le présent article. Ce choix tient à des raisons de lisibilité et de confort de lecture pour le lectorat. Il garantit néanmoins que les citations mobilisées dans la discussion s'appuient sur un corpus référencé, structuré et vérifiable. Cette transition marque le passage vers la restitution des résultats, où les verbatims extraits et les analyses seront présentés de manière synthétique et contextualisée.

2. RÉSULTATS – VÉCU INFIRMIER ET DYNAMIQUES D'EMPOWERMENT

Les résultats présentés ici répondent aux deux objectifs principaux de cette recherche doctorale. Le premier visait à documenter, dans une perspective historique, les trajectoires et pratiques infirmières psychiatriques à l'hôpital Sainte-Marie de Clermont-Ferrand entre 1969 (naissance légale du statut d'ISP) et 2000 (fin des dernières mobilisations ISP en France contre la perte de leur diplôme spécifique). Le second cherchait à analyser ces trajectoires à travers le cadre théorique de l'empowerment psychologique de Zimmerman (4), afin de mieux comprendre les formes de pouvoir d'agir développées par les infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) dans un contexte en mutation. Pour y répondre, les résultats sont organisés en deux sous-sections. La première propose une lecture historienne inductive des récits recueillis, mettant en lumière le quotidien concret des ISP issus de milieux ordinaires, tel qu'il se donne à voir à travers les tensions vécues, les marges d'initiative clinique saisies, et les formes singulières d'éthique relationnelle qui s'y déploient. La seconde, ancrée dans le cadre conceptuel de Zimmerman,

offre une lecture transversale du matériau à travers ses trois dimensions — intrapersonnelle, interactionnelle et comportementale — pour identifier des foyers d'émergence du pouvoir d'agir. Il s'agit d'une synthèse raisonnée : le corpus, dense et hétérogène, n'est restitué ici que partiellement. Les extraits choisis ont une visée illustrative et analytique, pour soutenir une discussion ciblée et centrale dans cet article, poursuivie dans la section suivante.

2.1 Résultats historiques – Une histoire infirmière vécue (1969–1999)

L'analyse inductive menée à partir des récits de vie d'ISP ayant exercé entre 1969 et 2000 à Sainte-Marie révèle une histoire professionnelle largement méconnue : celle d'un métier qui ne se structure pas sur les normes officielles, mais dans l'épaisseur des expériences vécues comme en témoigne cette parole forte d'un témoin : « C'est là que j'ai rencontré mon métier. Ce n'est pas un mot en l'air. J'ai rencontré mon métier dans les chambres, dans les regards, dans les silences ». Formation en immersion, clinique relationnelle émergente, engagement discret parfois en marge des cadres établis : autant de dimensions que les témoignages font émerger.

Au début des années 1970, les récits concernant l'entrée en formation montrent souvent un processus d'affectation arbitraire, opaque, et sans réel choix délibéré. L'idée d'une formation payée, à une époque où les perspectives étaient incertaines, a pu suffire à engager la trajectoire : « Ce qui m'a décidée, c'est que la formation était rémunérée ». Le concours se déroule dans un climat peu transparent, tandis que l'école, directement rattachée à l'hôpital, ne constitue ni un espace de réflexivité ni un lieu d'élaboration identitaire, mais prolonge les normes institutionnelles existantes. Le programme de formation, fortement codifié, demeure centré sur des contenus appauvris et moralisateurs, dispensés par le corps médical et encadrés par les religieuses. Néanmoins, malgré ce formalisme rigide, la formation produit ses effets transformateurs : non par ses enseignements théoriques, mais par l'expérience directe du soin. Les stages constituent la véritable matrice de professionnalisation, offrant une immersion non médiatisée dans la réalité clinique. Loin d'un apprentissage protocolaire, les élèves infirmiers découvrent la psychiatrie à travers les gestes, les corps, les silences et les relations informelles : « C'était très dur, oui, mais c'est là qu'on a compris ce que c'était qu'être infirmier psy. Pas à l'école. Dans les services. Avec les patients ». Ils deviennent soignants en s'exposant à la complexité clinique et en assumant des responsabilités, souvent prématurément et parfois sans encadrement suffisant, mais toujours au contact direct des patients.

Cette construction identitaire s'épanouit dans un ordre hospitalier encore largement structuré par l'autorité des religieuses, dont le rôle excède largement l'encadrement spirituel. Les sœurs dirigent les soins, supervisent les pratiques, assurent la transmission morale et professionnelle. Leur autorité, bien que verticale, ménage des espaces de proximité, voire de complicité. Elles incarnent une figure ambivalente, à la fois vectrice d'ordre et de bienveillance, de contrôle et de protection. Leur retrait progressif dans les années 1980 n'efface pas leur empreinte institutionnelle, mais ouvre un espace de recomposition identitaire pour les équipes soignantes. Les collectifs infirmiers, au cœur de cette recomposition, exercent un rôle déterminant dans l'intégration des novices. Le groupe se révèle à la fois lieu d'entraide et de tensions latentes. L'intégration professionnelle repose sur des affinités personnelles, des codes implicites et des gestes de reconnaissance mutuelle : « On marquait nos plannings. On se débrouillait tout seuls [...] C'était nous qui organisions les matins, les soirs, les week-ends [...] On bossait toujours ensemble, par affinités ». Elle peut s'avérer soutenante mais également excluante, organisée selon des hiérarchies informelles : « Franchement, on a été mises à l'écart, considérées comme des novices. Il y a eu des situations difficiles, même inacceptables. Oui, il a fallu se battre. Il y a eu un conflit, on a été rejetées. C'était lourd. ».

L'encadrement formel, assuré par les surveillants, ne parvient pas à structurer efficacement ces dynamiques relationnelles. Le pouvoir intermédiaire apparaît flottant, insuffisamment légitime,

souvent réduit à sa dimension disciplinaire. Cette vacance de l'autorité encadrante ne donne lieu à aucune régulation explicite, mais, conjuguée à des moyens humains alors en nombre, elle constitue un terrain fécond pour l'autonomisation. L'initiative infirmière, ni encouragée ni entravée, devient alors possible : « C'est là qu'est née l'idée de "Contact". Pendant deux ans, j'ai été totalement libre de me consacrer au sport adapté. Ce n'était pas une faveur, c'était juste incontournable : personne ne s'y intéressait, donc on me laissait faire. ».

Dans ce contexte, les ISP participent activement à l'invention d'un soin relationnel, bien avant sa formalisation conceptuelle. Leur présence continue auprès des patients, leur capacité d'ajustement dans l'instant et leur engagement dans la durée constituent les premiers jalons d'une clinique du lien. Cette forme de soin s'éprouve dans le quotidien institutionnel, mais aussi dans des espaces en marge du formel : médiations thérapeutiques, ateliers, séjours extrahospitaliers, visites au domicile, souvent développés à la lisière du cadre réglementaire. Sur ce sujet, les verbatims sont nombreux dans la collecte de données ; celui de ces deux ISP appelés en urgence en est particulièrement représentatif : « On nous appelle, on nous dit "Il faut aller à Issoire, il y a un malade qui tire des coups de fusil dans son champ." On se posait pas de questions, on y allait. [...] Il disait : "Ah, Michel et Lucien, vous avez mis du temps à venir !" Et puis hop, il sort du coin, la valise était prête sur la table pour partir en hospit. On a d'abord mangé ensemble une cote de porc avant de descendre et fait un gros brin de ménage ». Ces initiatives ne recherchent pas la reconnaissance officielle, mais visent l'efficacité symbolique et relationnelle : créer un espace thérapeutique, maintenir un lien, éviter une rupture de soins. Elles incarnent une sectorisation vécue depuis le terrain, non décrétée par l'administration centrale. Mais l'expérience de la psychiatrie extrahospitalière constitue un point de clivage significatif dans les témoignages recueillis. Certains soignants y découvrent une liberté nouvelle, une relation désinstitutionnalisée, un soin « à ciel ouvert ». D'autres dénoncent l'isolement professionnel, la précarité des moyens et la perte de cadre structurant. Ces divergences témoignent de la pluralité des positions professionnelles et de la complexité de cette période historique. Elles révèlent une réalité rarement soulignée : la psychiatrie de secteur ne fut pas homogène, mais hétérogène, disputée et contextuellement située.

La suppression du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique en 1992 constitue, pour la majorité des témoins, une césure douloureuse : « C'est comme si on nous avait fait disparaître, sans cérémonie. Une espèce professionnelle qui s'éteint, doucement ». Cette souffrance ne provient pas du changement statutaire en lui-même, mais de ce qu'il symbolise : une promesse non tenue concernant la reconnaissance d'une spécialisation infirmière construite et valorisée. Les professionnels assistent à l'effacement progressif de leur identité spécifique, à l'arrivée de soignants non formés à la psychiatrie, à l'augmentation des admissions et à la disparition de certaines pratiques informelles comme les séjours thérapeutiques. Ce basculement du tournant des années 1990 inaugure l'émergence de nouveaux habitus professionnels, fréquemment décrits comme gestionnaires, sécuritaires ou normatifs. Les témoins soulignent une transformation du climat institutionnel : le soin devient mesuré, évalué, prescrit ; les initiatives relationnelles sont évaluées à l'aune du risque ou de la traçabilité : « Les nouveaux infirmiers, ils doivent composer avec un autre monde. [...] On ne leur demande plus d'être soignants à tout prix. [...] On leur demande d'être des régulateurs sociaux ». Une certaine latitude infirmière, jusque-là tolérée voire encouragée, se trouve restreinte. Le soin change d'orientation fondamentale : « les protocoles ont tout écrasé [...] La psychiatrie a évolué mais comme on dit d'un cancer qu'il évolue ».

Ces résultats ne composent pas un récit univoque mais dessinent une cartographie à la fois intime et institutionnelle, où le pouvoir infirmier ne s'affirme pas par des revendications explicites, mais se tisse dans les interstices : dans la relation thérapeutique, la fidélité aux patients et les ajustements silencieux du quotidien. Ils constituent le socle empirique d'une lecture plus théorisée de cette subjectivation professionnelle, que la section suivante développera en mobilisant le cadre conceptuel de l'empowerment psychologique.

2.2 Dynamiques d'empowerment infirmier : une lecture à partir de Zimmerman

Les résultats précédents révèlent une trame historico-clinique riche, marquée par des pratiques infirmières relationnelles souvent en marge des cadres institués. Afin d'en proposer une mise en perspective théorique articulée, cette section mobilise le modèle de l'empowerment psychologique tel que formalisé par Zimmerman. En distinguant les dimensions intrapersonnelle, interactionnelle et comportementale, ce cadre analytique permet de penser l'agentivité infirmière non comme un attribut individuel figé, mais comme un processus dynamique, situé et historiquement configuré. Pour en faciliter la compréhension, le schéma ci-dessous en présente une modélisation intégrée, articulant les composantes du modèle à leurs déterminants structurels et contextuels (Tableau 1).

Empowerment psychologique		
Composante intrapersonnelle	Composante interactionnelle	Composante comportementale
Perceptions et croyances des individus à propos d'eux-mêmes	Compréhension que les individus ont de leur communauté et des enjeux sociopolitiques associés	Actions entreprises pour influencer les résultats
<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle perçu spécifique à un domaine - Auto-efficacité spécifique à un domaine - Motivation à contrôler - Compétence perçue 	<ul style="list-style-type: none"> - Conscience critique de son environnement sociopolitique - Compréhension des agents causaux et des options comportementales - Développement de compétences pour opérer un changement souhaité - Transfert de compétences entre différents domaines de vie - Mobilisation des ressources 	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement communautaire - Participation organisationnelle - Comportements d'adaptation (coping)

Tableau 1. Proposition schématisée et traduite du réseau nomologique de l'empowerment psychologique selon Zimmerman (4), traduction libre.

A Clermont-Ferrand, l'analyse des récits recueillis indique que l'émergence d'un pouvoir d'agir infirmier s'amorce dès l'entrée en formation, au sein d'un univers aux relents asilaires encore fortement hiérarchisé. Malgré l'asymétrie des rapports et l'absence de réflexivité institutionnelle, certains étudiants parviennent à exercer une agentivité discrète, en contournant les prescriptions, en revendiquant des stages ou en questionnant certaines normes implicites. Ces gestes inauguraux traduisent un début d'empowerment intrapersonnel, caractérisé par une confiance en soi émergente, renforcée par l'expérience directe du soin et la reconnaissance informelle des pairs. Ce socle subjectif se consolide au contact d'un environnement clinique où

les marges de manœuvre sont à la fois restreintes et exploitées de manière créative. La mise en œuvre de séjours thérapeutiques dès les années 1970, souvent en dehors de tout cadre officiel et parfois financés par les équipes elles-mêmes, constitue un exemple emblématique de prise de risque clinique assumée. Ces initiatives visent à maintenir le lien avec des patients isolés, dans une logique de continuité relationnelle et d'inclusion sociale.

L'association « Contact » illustre à un niveau supérieur cette dynamique. Pensée et portée par quelques ISP d'une unité du CH Sainte Marie au départ, cette structure intersectorielle va arriver à proposer, à travers le sport adapté, une redéfinition publique et inclusive du handicap psychique au niveau national. En participant à des compétitions jusqu'au niveau paralympique, elle valorise une conception du soin comme acte politique et transforme durablement l'image des usagers. Elle incarne un empowerment comportemental collectif, ancré dans une culture du terrain et dans une praxis infirmière autonome, loin de toute délégation institutionnelle. Dans le même mouvement, l'Association nationale des infirmiers psychiatriques (ANFIP), fondée à Clermont en 1982, montre comment un collectif infirmier peut structurer une parole politique à partir d'une situation de relative invisibilité. Partie d'une initiative locale, l'association devient en moins d'une décennie un acteur central dans les négociations autour de la réforme du diplôme ISP en 1992. Elle démontre que l'empowerment infirmier peut s'articuler à une stratégie politique ascendante, nourrie de savoirs d'expérience et d'une légitimité clinique difficilement contestable.

Ces dynamiques, bien qu'intenses, ne sont pas exemptes de tensions. Le pouvoir médical reste une instance de validation implicite : l'autorisation tacite du médecin-chef demeure souvent la condition de possibilité des innovations. L'autonomie s'achète au prix de la reconnaissance. C'est au sujet d'innovations remarquables construites au cœur de la sectorisation qu'un témoin confie avec malice en parlant des médecins-chefs de l'époque : « Ils nous ont volé la victoire ». Par ailleurs, les asymétries de genre affectent les formes de reconnaissance : les initiatives masculines sont plus visibles, plus politisées, tandis que les contributions féminines, bien que déterminantes, s'expriment davantage dans des registres de soin discret et de fidélité clinique, et peinent à être instituées comme pratiques d'empowerment à part entière. À partir du tournant gestionnaire des années 1990, les marges se resserrent. Protocolisation, évaluation standardisée, injonctions sécuritaires : l'inventivité clinique devient suspecte. L'écriture professionnelle, autrefois outil d'élaboration et de transmission, se rigidifie en instrument de conformité. Le pouvoir d'agir ne disparaît pas, mais migre vers des espaces moins visibles : mémoire partagée, pratiques informelles, résistances silencieuses. Ces déplacements dessinent un empowerment sous contrainte, moins spectaculaire mais tout aussi politique.

Ce que révèle l'analyse rétrospective, c'est moins une autonomisation progressive qu'un travail constant de recomposition identitaire et stratégique. Le modèle de Zimmerman, appliqué dans cette perspective historico-située, donne à voir une profession en tension, traversée de forces contradictoires, mais capable d'inventer ses propres modalités d'existence et de légitimation au cœur des dispositifs psychiatriques. Il permet de lire cette histoire professionnelle dans sa complexité, entre surgissements et replis, entre inventions et contraintes, révélant dans l'histoire du nursing psychiatrique bien plus qu'une adaptation au contexte : une force créatrice, critique et politique.

3. DISCUSSION

Les résultats présentés mettent en lumière une dynamique plurielle d'empowerment psychologique infirmier, forgée dans l'épaisseur du soin psychiatrique quotidien, entre héritages cliniques, résistances collectives et ajustements institutionnels. Si cette dynamique révèle des formes concrètes de pouvoir d'agir, elle s'inscrit néanmoins dans un cadre contraint, traversé par des tensions durables : médicales, gestionnaires, genrées et épistémiques. La

discussion qui suit propose de prolonger l'analyse en articulant ces résultats empiriques aux apports théoriques des sciences infirmières critiques, afin d'interroger les conditions contemporaines de l'autonomie professionnelle en psychiatrie. Il s'agira, ce faisant, de penser ensemble les continuités, les recompositions et les fragilités d'un pouvoir d'agir soignant à la fois incarné et historiquement construit.

3.1 Habitus délétères et érosion silencieuse de l'empowerment infirmier en psychiatrie

La montée en puissance d'un pouvoir d'agir contraint

Ce constat, partagé par plusieurs infirmiers rencontrés, entre en résonance avec d'autres résultats de notre enquête — qu'ils proviennent des entretiens, de l'analyse documentaire ou de l'observation secondaire des dispositifs institutionnels. Il témoigne d'une transformation profonde du climat professionnel dans les unités de psychiatrie. Le cadre de travail, autrefois marqué par une certaine autonomie d'action, s'est progressivement rigidifié sous l'effet cumulé de normes gestionnaires, d'exigences de traçabilité, et d'un impératif croissant de régulation des risques. Cette inflexion ne résulte pas d'un tournant ponctuel mais d'une série de réformes systémiques amorcées dès le début des années 1990 : loi hospitalière de 1991(19), ordonnance de 1996(20), création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 1997, puis généralisation des normes ISO, mise en place de la T2A et procédures de certification (21). Ces évolutions traduisent une mutation du régime de gouvernement hospitalier qui a progressivement imposé à l'ensemble des acteurs une culture de l'évaluation, du contrôle et de la conformité.

Dans la psychiatrie clermontoise, cette nouvelle donne n'a pas seulement transformé les modes de fonctionnement. Elle a déplacé en profondeur les équilibres symboliques qui fondaient historiquement la légitimité du soin infirmier : le lien, la présence, la capacité d'improviser avec l'imprévu. Ce sont précisément ces dimensions, largement explorées dans les sections précédentes, qui se trouvent aujourd'hui fragilisées, reléguées au second plan, voire invisibilisées au nom d'une efficacité standardisée. Loin d'un simple réajustement, il s'agit d'un processus de redéfinition implicite des attendus professionnels. Dans le modèle de l'empowerment psychologique de Zimmerman (4), ce changement de régime s'analyse comme un processus de désactivation du pouvoir d'agir infirmier. Cette désactivation s'opère par l'intériorisation d'habitus professionnels délétères. Ces habitus — dispositions incorporées au sens de Bourdieu (22), orientant l'action sans réflexion explicite — modèlent la perception de ce qu'il est légitime de faire, de dire ou de risquer. L'analyse croisée des entretiens a permis d'identifier trois formes spécifiques : un habitus sécuritaire, un habitus gestionnaire et un habitus normatif. Chacun contribue à l'affaiblissement de la capacité d'initiative et d'interprétation clinique.

L'habitus sécuritaire : du soin à la gestion du danger

Sous l'effet conjugué de la judiciarisation, de l'inflation normative et de la culture du risque zéro, un habitus sécuritaire s'installe dans les pratiques infirmières. Ce constat, issu des récits de terrain, rejoint les réflexions de Combret (23, p.27), qui décrit l'intériorisation progressive des normes sécuritaires dans les pratiques soignantes. Le raisonnement clinique tend alors à céder la place à des réflexes défensifs. Le soin devient un périmètre à sécuriser plutôt qu'un espace de lien. Cette transformation marque une rupture avec l'esprit de la sectorisation, qui reposait sur la présence, l'engagement et la prise de risque partagée. Les directions d'établissement ne sont pas en reste : si elles orchestrent ces nouvelles logiques, elles y sont aussi assujetties, prises dans des chaînes d'injonctions politiques, juridiques et managériales. Depuis les années 2000, cette gouvernementalité sécuritaire transforme le pilotage hospitalier,

où l'anticipation du risque devient performative (23, p.28). Ce climat entraîne parfois une relecture défiante de gestes pourtant ordinaires — repas thérapeutiques, séjours, médiations animales ou sorties collectives — perçus comme autant de situations à risque potentiel. La peur de l'intoxication alimentaire peut disqualifier un repas partagé ; le risque de fugue vient fragiliser les sorties socialisantes ; l'accident devient l'ombre portée du séjour thérapeutique ; la médiation animale suscite des craintes de morsures ou d'infections ; l'activité pêche évoque le risque de noyade. Ces inquiétudes, compréhensibles dans leur principe, s'inscrivent dans un glissement plus large qui dépasse le seul champ du soin. Dans le contexte psychiatrique, l'inflexion est particulièrement marquée : le risque d'agression — qu'il soit auto- ou hétéro-agi — tend à devenir le repère central des décisions cliniques. L'évaluation du danger perçu prend le pas sur la qualité de la relation, reconfigurant les seuils d'intervention et reléguant le soin relationnel au second plan, au profit d'une vigilance défensive devenue structurante.

L'habitus gestionnaire : traçabilité et désynchronisation du soin

L'habitus gestionnaire se manifeste, notamment en intra-hospitalier, par une redéfinition des priorités du soin à travers l'inflation des tâches de traçabilité. Transmissions ciblées, projets de soins formalisés, grilles d'évaluation et autres instruments de mesure s'imposent comme des cadres incontournables, sans toujours correspondre à une logique thérapeutique ou clinique. Lorsque ces outils ne s'articulent pas à un espace collectif d'élaboration, ils produisent un éloignement entre le soin réel et sa représentation administrative. Cette survalorisation du soin prouvable engendre une invisibilisation de ce qui constitue le cœur de l'intervention psychiatrique : le temps partagé, l'écoute flottante, la présence discrète, le hors-champ. Ce déplacement de l'attention vers l'écrit et la conformité affaiblit la perception que les soignants ont de leur pouvoir de décision sur les priorités de leur travail. Le soin demeure, mais désynchronisé de ses conditions d'émergence : délié du collectif, réduit à sa trace, vidé de sa temporalité propre.

L'habitus normatif : contradiction identitaire et perte de sens

L'habitus normatif cristallise les contradictions internes de la profession infirmière. En psychiatrie, l'introduction de diagnostics infirmiers et de plans de soins standardisés visait une légitimation du rôle professionnel. Dans les récits recueillis, ces outils sont vécus comme des grilles inadaptées à la réalité clinique. Leur application mécanique entre en dissonance avec la singularité des situations vécues et produit chez plusieurs infirmiers une forme d'étrangeté au travail. Ce paradoxe s'avère d'autant plus aigu que ces dispositifs proviennent en partie de la profession elle-même, rendant leur remise en question délicate. Le malaise ne tient pas tant à l'outil qu'à la perte de sens qu'il induit lorsqu'il ignore les caractéristiques fondamentales du soin psychiatrique : subjectivité, imprévisibilité, ajustement relationnel. Autant de dimensions qui font écho à l'idée ancienne, formulée par Lantéri-Laura d'une « médecine spéciale » (24, p.247). Ces spécificités rendent particulièrement inopérante l'application rigide de standards conçus pour d'autres disciplines médicales. Ce sentiment de double contrainte alimente une forme d'épuisement moral, non spectaculaire mais insidieux, dans lequel la subjectivité professionnelle se trouve mise en défaut.

Vers une redéfinition du rôle et des espaces d'initiative

Ces trois habitus contribuent ensemble à une reconfiguration du rôle infirmier psychiatrique, de plus en plus assimilé à celui d'un régulateur social. Ces éléments convergent vers un faisceau de littérature critique en psychiatrie, mais aussi de médias, qui dénoncent le délitement du système de soins. Des cliniciens comme Delion (25) alertent sur la disparition des repères du secteur au profit de logiques gestionnaires, tandis que Dejours (26) a montré les effets délétères des réorganisations institutionnelles sur la capacité de soin. Cette analyse rejoint des tribunes

parues dans *Le Monde*, rapportant notamment la fermeture de lits à l'EPSM de Bailleul (27) ou la réhabilitation du psychiatre Bellahsen après sa dénonciation d'enfermements abusifs (28). Dans la revue *Santé Mentale*, Hénault (29) décrit quant à elle l'épuisement professionnel et la perte de sens vécus sur le terrain. Le patient devient un parcours à optimiser, un risque à contenir, un cas à documenter.

La fin du cadre unique et la fragmentation des fonctions (agents de service hospitaliers, aides-soignants, infirmiers), la territorialisation des tâches constituent autant de dynamiques organisationnelles qui délitent la continuité relationnelle et minent la capacité collective à contenir l'incertitude clinique. Ce contexte professionnel, analysé par Trégouët (30) comme une forme de précarisation psychique des soignants, se caractérise par une perte de sens, une dissonance identitaire et une difficulté à maintenir la cohérence entre valeurs et pratiques. Pour autant, cette érosion n'est ni homogène ni irréversible. Plusieurs récits mettent en lumière l'existence de collectifs résistants, capables de maintenir des espaces de discussion, d'oser la désobéissance éclairée et de réaffirmer la spécificité du soin psychiatrique.

Dans cette perspective, l'empowerment psychologique ne peut se réduire à une injonction à la responsabilisation individuelle. Il suppose une lucidité critique sur les habitus incorporés, une reconnaissance institutionnelle des formes singulières de la clinique psychiatrique, et une redéfinition collective des conditions de discernement et d'initiative. Cela ne signifie pas rejeter les exigences de qualité ni de sécurité : ces dimensions demeurent incontournables dans l'organisation contemporaine des soins. L'enjeu consiste plutôt à retrouver un équilibre entre rigueur organisationnelle et liberté clinique, entre cadre et lien, entre preuve et présence. Adapter les dispositifs de régulation aux réalités du soin psychiatrique tout en soutenant les capacités d'ajustement des équipes s'avère nécessaire. Ces préoccupations sont proches des réflexions menées autour du *nursing discretion* (31), qui analysent les tensions entre autonomie professionnelle et exigences procédurales. Il s'agit de mieux comprendre comment les pratiques actuelles peuvent préserver une dynamique de soin centrée sur le lien et le jugement clinique infirmier.

3.2 Reconfigurations du pouvoir et désagrégation des collectifs infirmiers

D'un pouvoir soignant incarné à une dilution gestionnaire des repères

Les matériaux recueillis à Sainte-Marie de Clermont-Ferrand montrent que la question du pouvoir professionnel constitue un point de bascule dans la compréhension des dynamiques institutionnelles contemporaines. Durant les décennies 1970 à 1990, les figures de médecins-chefs, souvent marquantes, incarnent un pouvoir structurant, à la fois clinique, politique et organisationnel. Leur influence, bien que verticale et parfois teintée de paternalisme, ouvre des espaces d'action concrets aux équipes infirmières. Plusieurs témoins évoquent cette période comme celle d'une délégation confiante : création d'ateliers thérapeutiques, ouverture d'unités mobiles, projets de secteur portés collectivement. L'autonomie infirmière, bien que relative, y trouve un ancrage solide. Cette dynamique s'appuie sur une structuration collective forte. L'ANFIP, née localement en 1982 avant de se nationaliser, constitue un levier d'expression et de reconnaissance pour les infirmiers psychiatriques. Certains cadres, issus des rangs ISP, investissent leur fonction dans une double logique : soutien au terrain et animation institutionnelle. À cette époque, le pouvoir infirmier ne s'oppose pas nécessairement au pouvoir médical : il s'y articule, dans un agencement encore mouvant mais porteur.

À partir du milieu des années 1990, une inflexion se dessine. L'irruption des logiques gestionnaires — contractualisation interne, indicateurs de performance, restructurations

hiérarchiques — modifie en profondeur les équilibres de pouvoir. À Sainte-Marie, les médecins-chefs perdent une part de leur centralité au profit d'une chaîne managériale transverse, moins ancrée cliniquement. Les cadres se voient repositionnés comme courroies de transmission d'objectifs institutionnels, parfois au détriment de leur rôle de tiers soignant. Ce glissement, analysé par Hassenteufel (32) à l'échelle nationale, se traduit localement par une perte d'espace de pensée soignante. Le lien hiérarchique se technocratise, les décisions cliniques s'alignent sur les logiques de traçabilité, et le soin tend à se redéfinir dans un langage d'efficacité et de conformité (33).

Éclatement du collectif, renoncements silencieux et tensions internes

Cette recomposition du pouvoir produit des effets notables sur les collectifs infirmiers. Plusieurs témoins décrivent un affaiblissement progressif des dynamiques de groupe : raréfaction des journées d'étude, disparition des publications internes, recul de l'engagement syndical ou associatif. Le collectif ne disparaît pas, mais il s'effrite, perd de sa densité. Tréguët (30) rapporte un « morcellement des pratiques soignantes », qui rend plus difficile l'élaboration d'un sens partagé. À cette désagrégation s'ajoute une forme de résignation diffuse. Certains professionnels continuent d'agir, mais dans l'isolement. Le recours à des stratégies d'évitement, de contournement ou de retrait traverse plusieurs entretiens, sans toujours être nommé comme tel. Ces formes de renoncement, que Loriol (34) décrit comme des mécanismes d'autoprotection face à la non-reconnaissance, s'observent ici à l'échelle locale.

Un angle mort persistant concerne la répartition du pouvoir au sein même du champ infirmier. Malgré une profession majoritairement féminine¹, les fonctions de responsabilité restent largement masculines. Plusieurs témoignages pointent cette asymétrie sans toujours l'objectiver, mais les travaux de Kergoat (35) permettent d'en proposer une lecture structurelle. Les logiques de genre traversent la recomposition du pouvoir professionnel, y compris dans ses formes internes.

Vers un rééquilibrage des pouvoirs dans l'institution psychiatrique

Les données recueillies rappellent combien les médecins-chefs ont longtemps joué un rôle central dans la protection d'espaces d'initiative soignants. En déléguant, tout en occupant une place forte dans l'architecture institutionnelle, ils ont contribué à maintenir un certain équilibre entre soin, clinique et organisation. Leur relative mise à l'écart actuelle — absorbés par des fonctions gestionnaires et des logiques de contractualisation — illustre que le déplacement du pouvoir n'épargne aucun corps professionnel. Le soin relationnel, longtemps protégé par ces figures intermédiaires, se trouve désormais plus exposé aux logiques institutionnelles descendantes. Une réflexion renouvelée sur la répartition du pouvoir au sein des institutions psychiatriques apparaît aujourd'hui comme un enjeu structurant. Il ne s'agit pas de désigner des responsabilités individuelles, mais d'objectiver les lieux de décision, d'en clarifier les logiques et d'examiner les conditions d'une gouvernance plus inclusive. Dans ce cadre, la reconnaissance des professionnels de terrain, des patients et de leurs proches comme parties prenantes légitimes invite à interroger les mécanismes implicites de distribution du pouvoir. Ce questionnement, loin d'entraver l'action, ouvre sur la possibilité d'une délibération collective éclairée et sur une reconfiguration des dynamiques professionnelles fondée sur la transmission de savoirs critiques et partagés.

¹ Malgré des idées reçues fréquentes le sex ratio des effectifs en psychiatrie reste féminin. L'ouvrage de Letourneau et Dupeux donne par exemple pour la période d'intérêt un ratio d'environ 62% de femmes en 1982, 69,2 en 1983, 67,6% ? en 1984 63% en 1986.

3.3 Une formation en tension : entre effacement spécifique et émergences critiques

L'effacement d'une spécificité : de la réforme de 1992 aux carences actuelles

La réforme de 1992, communément présentée comme un pas vers l'unification des compétences infirmières, sonne paradoxalement le glas de la filière des ISP. Cette rupture ne se contente pas de gommer une spécificité : elle démantèle un appareil de formation tissé autour de l'expérience clinique, du compagnonnage et d'une culture du soin proprement psychiatrique. Les travaux de Perrin-Niquet (36), Friard (37) ou Lanquetin (3), malgré leurs approches parfois divergentes, convergent pour documenter les effets délétères de cette disparition. Ils soulignent combien cette perte ne trouve jamais de compensation dans une spécialisation post-diplôme cohérente. La réforme universitaire de 2009 aggrave encore la situation en amputant davantage la dimension psychiatrique du cursus. Les rapports Couty en 2009 (38) et plus tard Laforcade en 2016 (39) attestent respectivement de cette dégradation au plus haut niveau institutionnel, sans que leurs constats explicites ne débouchent sur des mesures structurelles à la mesure des enjeux.

Inégalités territoriales et déficit de transmission

Les récits recueillis à Clermont-Ferrand témoignent moins d'une simple mutation institutionnelle que d'une rupture de cadre référentiel et de transmission. Si les résultats confirment certains constats déjà établis, ils les nuancent quant à leur intensité et à leur ancrage local. En contexte rural, l'absence de formateurs expérimentés semble limiter la portée réelle des enseignements spécialisés, malgré un programme enrichi sur le papier. Le contraste avec des dispositifs plus structurés, comme ceux observés à Lyon-Saint-Jean-de-Dieu, met en lumière des disparités peu étudiées : la qualité de la formation ne réside pas tant dans les volumes horaires que dans la solidité des ancrages pédagogiques et la densité des socialisations professionnelles.

Les témoignages pointent également un vide structurel relevé à l'échelle nationale : une spécialisation annoncée mais jamais concrétisée. Le remplacement du modèle ISP ignore ses apports pour s'édifier contre eux, dans une logique d'uniformisation techniciste. La psychiatrie y subit un amenuisement significatif dès l'instauration du tronc commun polyvalent. Cette érosion devient dramatique après la réforme universitaire de 2009, qui ne préserve que 80 heures consacrées à la psychiatrie dans le référentiel de formation. La formation actuelle privilégie certes des compétences transversales – promotion de la santé, traçabilité, coordination – mais marginalise l'éthique du lien, le travail sur soi et la confrontation à la souffrance psychique. Le cœur subjectif et clinique du soin psychiatrique s'en trouve relégué à la marge (36).

Vers de nouvelles voies de spécialisation

Une partie des professionnels interrogés développe aujourd'hui un regard renouvelé sur la spécialisation, perçue non comme une revendication nostalgique, mais comme une modalité possible de redéfinition identitaire, en lien avec les exigences contemporaines du soin en psychiatrie. Si les récits recueillis ne permettent pas d'établir un constat généralisable, ils signalent néanmoins une attente de clarification du positionnement infirmier dans ce champ spécifique. Plusieurs analyses convergentes (11 ; 36 ; 37) soulignent par ailleurs que les diplômés post-2009, en plus de bénéficier d'un enseignement psychiatrique réduit, ne sont plus exposés à la transmission informelle autrefois assurée par les infirmiers de secteur psychiatrique présents dans les services. Cette double évolution, quantitative et qualitative, interroge les conditions actuelles de construction d'une culture professionnelle partagée.

Si la figure de l'infirmier en pratique avancée (IPA) incarne une tentative de requalification, elle ne saurait masquer la nécessité d'un projet universitaire plus ample. Celui-ci gagnerait à s'adosser aux avancées des sciences infirmières ou interdisciplinaires en recherche clinique (PlaidCare®, SocleCare®, PlancoIso®), aux innovations cliniques (Semio8G®), mais aussi aux paradigmes exigeants de la psychiatrie communautaire, qui réaffirment l'importance du territoire, du collectif, de la relation thérapeutique et de l'inscription soignante dans le quotidien des personnes accompagnées. L'instauration d'un Master 2 clinique en psychiatrie, sur le modèle canadien ou suisse ou d'un master 1 comme en Belgique, pourrait constituer une étape clé de cette reconfiguration, permettant de former des infirmiers spécialisés qui deviendraient de nouveaux relais de transmission sur le terrain, en pleine complémentarité avec leurs collègues praticiens IPA. Cette perspective trouve aujourd'hui un écho concret dans les travaux du groupe conduit par le professeur Pelissolo à Paris-Créteil, ainsi que dans les réflexions que nous menons au sein de la Commission Nationale de Psychiatrie (CNP), qui développent conjointement des propositions pour renforcer la spécialisation infirmière en psychiatrie et santé mentale.

Revaloriser la formation continue

Repenser la formation suppose aussi de revaloriser la formation continue, élément central dans les trajectoires étudiées à Clermont-Ferrand. Les professionnels y décrivent l'effet structurant d'un pôle de formation actif, porteur de savoirs situés, d'espaces de réflexion et de soutien au positionnement soignant. Cette vitalité se trouve aujourd'hui fragilisée : la suppression en 2009 du dispositif de « consolidation des savoirs » (40) laisse les structures isolées, dépendantes de logiques budgétaires et de normes qualité souvent disjointes des besoins cliniques. La mise en place de formations susceptibles de favoriser un déplacement des représentations, au-delà d'une simple conformité aux attendus administratifs, apparaît aujourd'hui comme un enjeu stratégique dans les dynamiques de transformation des pratiques. À cet égard, l'ANFIP proposait, dès les années 1980, des formats exigeants mêlant confrontation, réflexivité et développement de soi – bien éloignés des standards contemporains calibrés pour satisfaire aux critères de Qualiopi® aujourd'hui. Ces expérimentations, pensées dans l'esprit des pratiques collectives et critiques, peuvent encore aujourd'hui inspirer les efforts de refondation d'une formation soignante ancrée dans une perspective exigeante. Dans le prolongement des débats initiés à la CNP, émergent des propositions de dispositifs de formation construits, complets et exigeants, reprenant le socle du soin infirmier en psychiatrie et intégrant des références infirmières majeures. Ces perspectives s'appuient sur des modèles pertinents déjà reconnus et opérationnels

Dans les trajectoires étudiées, la formation ne relève jamais d'une simple logique d'ajustement ou de conformité. Elle se révèle au contraire comme un vecteur déterminant d'empowerment psychologique, en ce qu'elle mobilise une conscience critique, une capacité à agir et une parole professionnelle en quête de sens. Cette dynamique appelle une exploration plus fine de ce qui, dans les récits recueillis, donne forme et consistance à l'identité des infirmiers de secteur psychiatrique. Car au-delà des dispositifs, c'est une manière d'être soignant en psychiatrie qui se construit, se transmet — et parfois, se perd.

²

3.4 Infirmière en psychiatrie : entre héritages, tensions et recompositions

Tensions identitaires et résistances professionnelles

La construction d'une identité professionnelle spécifique pour les infirmiers exerçant en psychiatrie demeure une problématique épineuse, tant sur le plan théorique que pratique. Cette discussion s'ancre dans les tensions identitaires vécues par les soignants du champ psychiatrique contemporain. Les récits recueillis proviennent principalement d'infirmiers de secteur psychiatrique, dont les parcours, bien que situés dans une époque révolue depuis la suppression du diplôme en 1992, offrent une matière réflexive précieuse. Leurs témoignages permettent d'éclairer les enjeux actuels de reconnaissance, de spécificité et d'interdisciplinarité auxquels sont confrontés les professionnels d'aujourd'hui. Cette identité se manifeste dans leurs discours sous des formes implicites, souvent plus suggérées qu'affirmées, et suscite à la fois des aspirations collectives et des réticences critiques. Pour certains, toute tentative de définition renforce une logique de séparation jugée contre-productive, notamment en contexte psychiatrique où l'interdisciplinarité constitue un pilier fondamental du soin.

Frictions interprofessionnelles et glissements de rôles

Plusieurs participants à l'étude relatent les tensions concrètes vécues dans leurs pratiques quotidiennes : celles-ci apparaissent lorsque les ISP, en raison de la diversité de leurs fonctions — allant de l'accompagnement social au soutien psychothérapeutique — se retrouvent en friction avec les missions traditionnellement dévolues aux assistants sociaux, aux psychologues ou aux psychiatres. Ces frottements, parfois implicites, révèlent l'enjeu de définir la place réelle des infirmiers psychiatriques dans les dispositifs de soin, et les conditions d'une reconnaissance professionnelle légitime. Les glissements de rôle, fréquents et parfois assumés, interrogent : où commence et où s'arrête la clinique infirmière ? Quels sont les contours d'une fonction thérapeutique infirmière en psychiatrie ?

Sur le plan historique, l'abolition du diplôme spécifique en psychiatrie en 1992 a cristallisé ces tensions, révélant des fractures internes au champ infirmier. Tandis que certains y ont vu l'effacement d'une culture professionnelle singulière, d'autres ont interprété cette réforme comme un vecteur d'unification disciplinaire. Entre attachement à une spécificité psychiatrique fondée sur la clinique et recherche d'un socle commun, les tensions identitaires traversent aujourd'hui le champ infirmier psychiatrique dans ses fondements mêmes. Certains soignants mettent en garde contre les effets d'un discours identitaire trop flou ou défensif, qui se contenterait de dire « nous ne sommes pas comme les autres » sans fonder cette altérité sur des critères tangibles. Pour ces professionnels, l'identité infirmière en psychiatrie ne peut se construire sur une opposition symbolique. Elle suppose au contraire des savoirs, des fonctions et des pratiques reconnaissables, ancrés dans le réel.

La clinique du lien comme socle identitaire

La relation clinique est l'un de ces fondements. Pour nombre des témoins, cette dimension constitue le socle identitaire du métier. Non pas une clinique biomédicale restreinte, mais une clinique du lien, de l'observation fine, de l'ajustement à la singularité de la souffrance psychique. Une infirmière raconte par exemple comment des moments de jeu ou de partage informel avec les patients faisaient partie intégrante du soin. La proximité, la coprésence, et le sens du timing deviennent ainsi les marqueurs d'une expertise singulière. Ce que révèlent les récits, c'est que cette clinique du lien constitue un socle identitaire central, même dans les contextes où les cadres institutionnels évoluent. Elle permet aux soignants de maintenir une cohérence entre leurs valeurs, leurs engagements et leurs gestes, là où les protocoles et la standardisation tendent

à désynchroniser l'action du sens. Elle agit comme une boussole silencieuse, ancrée dans le quotidien du travail, faite de présence, d'ajustement, de reconnaissance fine de l'autre. Dans cette dynamique, on peut y voir une des conditions du développement du sentiment d'efficacité personnelle, tel que défini par Zimmerman (4). Être en capacité d'interpréter une situation clinique singulière, de prendre une initiative ajustée dans un cadre contraint, de se reconnaître dans ses actes : autant de signes d'un pouvoir d'agir vécu, bien qu'invisible.

Cette dimension clinique apparaît dans les entretiens comme à la fois centrale et difficile à objectiver. Peu visible dans les outils de traçabilité et rarement traduite dans les grilles d'évaluation standardisées, elle tend à être assimilée à une qualité relationnelle implicite. Pourtant, pour plusieurs infirmiers interrogés, elle occupe une place structurante dans leur pratique et dans la construction de leur identité professionnelle. Elle renvoie à une forme d'expertise relationnelle, exigeante et historiquement constituée, qui semble jouer un rôle de soutien dans les situations d'incertitude, tout en entrant parfois en tension avec les logiques gestionnaires contemporaines.

Vers une histoire partagée du nursing psychiatrique

Cette réflexion identitaire ne peut faire l'économie d'un détour par l'histoire. Car l'identité professionnelle infirmière, en psychiatrie comme ailleurs, ne se constitue pas dans l'absolu : elle se tisse à partir d'une mémoire partielle, de transmissions inégales et d'une historiographie encore lacunaire. En France, l'histoire du nursing s'est longtemps construite depuis le versant somatique, hospitalier, médicalement normé. Poisson (41, 42) historien du soin et infirmier de formation, a fortement contribué à structurer cette mémoire professionnelle, en documentant avec rigueur et talent les trajectoires infirmières dans le cadre hospitalier général.

S'il ne s'est pas encore saisi de la psychiatrie comme objet d'étude, son positionnement unique — à la croisée de l'expérience soignante et de l'écriture historique — légitime aujourd'hui une invitation à penser ensemble ce qui a trop souvent été séparé. En effet, les clivages entre les deux filières, somatique et psychiatrique, ont laissé des traces durables dans les représentations professionnelles. Faire l'histoire du nursing psychiatrique, ce n'est pas seulement restituer une mémoire manquante ; c'est œuvrer à la reconnaissance mutuelle, en donnant forme à une histoire partagée. Dans cette perspective, le modèle canadien de [REDACTED] offre un horizon structurant. En articulant recherche historique, sciences infirmières et mise en récit de trajectoires professionnelles, cette unité contribue à réconcilier les fragments d'un passé éclaté. Créer un dispositif similaire en France permettrait non seulement de restaurer la mémoire infirmière psychiatrique, mais aussi de dessiner les conditions d'un récit professionnel fédérateur, capable de reconnaître la pluralité des pratiques sans reproduire les hiérarchies implicites. L'histoire, ici, devient levier de réparation, mais aussi de projection. Elle permet de repenser l'identité professionnelle non comme héritage figé, mais comme processus critique, ancré et potentiellement rassembleur.

Sciences infirmières et reconnaissance disciplinaire

Cette orientation relationnelle conduit certains à se désigner non plus comme infirmiers, mais comme « opérateurs sociaux », en référence au concept introduit par Ion (43). Le sociologue définit l'opérateur social comme un professionnel engagé dans la médiation, l'ajustement, et l'accompagnement dans des contextes sociaux incertains. Ce concept éclaire certaines facettes

du rôle infirmier en psychiatrie, en particulier dans la relation de proximité, la coprésence, et l'attention portée aux contextes de vulnérabilité. Mais il ne saurait à lui seul épuiser la complexité du métier, qui reste structuré par des exigences techniques, biomédicales et réglementaires fortes. Plusieurs infirmiers interrogés soulignent d'ailleurs que la spécificité des pathologies prises en charge justifie pleinement une reconnaissance distincte, sans pour autant revendiquer une emprise sur d'autres professions.

Parallèlement, la place des sciences infirmières dans cette construction identitaire fait débat. Longtemps marginalisées dans le champ psychiatrique, elles sont parfois perçues comme éloignées des réalités cliniques. Pourtant, leur contribution apparaît essentielle à la formalisation d'un savoir propre, et donc à l'ancrage d'une identité professionnelle pérenne. Certains professionnels expriment néanmoins leurs doutes sur la capacité de ces sciences à structurer des savoirs suffisamment opératoires en contexte psychiatrique, appelant à un rapprochement plus assumé entre pratique clinique et développement disciplinaire.

Vers une épistémologie du soin infirmier psychiatrique

Cette réflexion renvoie inévitablement à la clinique, omniprésente dans les récits recueillis. Encore faut-il s'entendre sur ce que recouvre cette clinique. En psychiatrie, elle ne se limite ni à des gestes techniques ni à une logique prescriptive : elle engage une posture d'attention, de discernement et d'ajustement relationnel. Comme le souligne Poupart (44), ce qui soigne, c'est la relation elle-même, dans ce qu'elle permet de co-construire entre patient et soignant au-delà de l'administratif. Elle valorise les signes faibles, le quotidien partagé, et le soin dans la durée. Cette « clinique de la présence » (44) s'inscrit dans une tradition infirmière profondément ancrée dans l'expérience.

Le défi contemporain tient à faire vivre cette approche au sein d'une discipline structurée, ouverte à l'interdisciplinarité, mais fondée sur des savoirs propres. Une telle orientation appelle à construire une épistémologie du soin infirmier psychiatrique, articulant dimensions cliniques, éthiques et relationnelles, nourries par les sciences infirmières et les pratiques de terrain. Elle suppose de développer une conscience critique, une capacité à comprendre les contextes et à agir dans l'incertitude — autant de leviers que le modèle de Zimmerman (4) permet de formaliser. Dès lors, il ne s'agit pas de figer la pratique, mais de l'outiller : pour qu'elle soit reconnue, transmise, et pleinement légitimée dans le champ du soin en psychiatrie.

3.5 Une épistémologie inaboutie : vers une reconnaissance des savoirs infirmiers psychiatriques

Une marginalisation épistémologique persistante

Les soins infirmiers psychiatriques demeurent aujourd'hui prisonniers d'une épistémologie fragmentaire qui peine à leur reconnaître une légitimité scientifique, comme l'ont souligné Hopton (46) et Littlejohn (47). Le diagnostic posé par Holmes et son équipe dès 2006 (48) garde toute son acuité : la prédominance d'une épistémologie exclusivement biomédicale continue de marginaliser les savoirs infirmiers relationnels et contextuels, pourtant au cœur de la pratique psychiatrique. Cette analyse fait écho aux travaux de Morse et Penrod (49) qui documentent la persistance de logiques épistémiques héritées de la biomédecine, au détriment d'une reconnaissance des pratiques situées et relationnelles. Certes, des voix s'élèvent à l'international pour revaloriser les dimensions subjectives et interactionnelles du soin infirmier, mais ces appels se heurtent à une résistance tenace dans les systèmes de formation, de recherche et d'évaluation. Cette tension s'avère particulièrement prégnante en France, où les sciences infirmières peinent à se structurer, privées d'un dispositif doctoral stable et largement

dépendantes des cadres disciplinaires dominants. Le champ de la psychiatrie, déjà marginalisé dans les sciences de la santé, subit ainsi une double relégation qui l'éloigne davantage des circuits de reconnaissance académique.

Des savoirs riches mais invisibilisés

Cette situation place le savoir infirmier psychiatrique dans une position paradoxale. Riche de pratiques relationnelles élaborées, d'expériences cliniques nuancées et d'intuitions empiriques souvent remarquables (50 ; 51), il peine à être reconnu, validé et diffusé dans les milieux académiques. Cette marginalisation ne signifie nullement l'absence de productions substantielles. Construites aux échelons les moins reconnus de la hiérarchie académique, certaines initiatives témoignent d'une valeur clinique et disciplinaire considérable (52 ; 53). Les travaux de Friard illustrent cette richesse méconnue : ancrés dans le terrain et les pratiques quotidiennes, ils posent les jalons d'une formalisation rigoureuse du soin infirmier psychiatrique. Plus largement, les écrits produits par des ISP engagés constituent un corpus à la fois empirique et réflexif, dont l'apport potentiel à l'analyse du soin mériterait d'être davantage exploré. Le défi actuel ne consiste pas à créer une épistémologie *ex nihilo*, mais à reconnaître, poursuivre et faire fructifier cette lignée trop longtemps maintenue à la marge.

Entre tradition orale et exigences scripturales

Cette fragilité épistémologique transparaît dans les productions issues de la formation en pratique avancée. Les travaux des infirmiers IPA, souvent méthodologiquement rigoureux et cliniquement pertinents, révèlent l'intérêt d'une recherche de qualité en psychiatrie mais aussi les limites d'un système en pleine transition. Trop nombreux sont les mémoires qui s'arrêtent au stade de la revue de littérature sans parvenir à se prolonger en thèse. Très peu d'étudiantes et d'étudiants franchissent le seuil du troisième cycle, alors que leurs objets de recherche présentent une pertinence clinique évidente et que leur posture professionnelle gagnerait à être théorisée dans une perspective critique et disciplinaire.

À ces obstacles institutionnels s'ajoute un héritage culturel tenace : celui d'une profession encore profondément marquée par la tradition orale. En psychiatrie comme ailleurs, les savoirs infirmiers se transmettent principalement par compagnonnage, observation et gestes partagés, dans une logique d'apprentissage incarné qui valorise l'expérience directe plus que la formalisation. Cette modalité de transmission, que Lanquetin et Tchukriel (54) décrivent comme constitutive du « savoir du soin », repose sur une proximité avec les corps, les situations et les rythmes cliniques, où l'expertise se forge dans l'action, non dans l'abstraction. Ce paradoxe — entre richesse du vécu et fragilité de l'oubli — trouve un écho dans d'autres champs : Miton et DeDeo (55), en étudiant la transmission de savoirs tacites, montrent que les pratiques non formalisées, si elles ne sont ni captées ni extériorisées, tendent à disparaître, en particulier lorsque les collectifs professionnels se délitent. Appliqué au champ infirmier, ce constat alimente une inquiétude disciplinaire : celle de voir s'effacer des savoirs précieux, non par défaut de contenu, mais faute de conditions pour les rendre visibles, transmissibles et pensables. Cette oralité, précieuse pour tisser des liens interpersonnels et ajuster finement les pratiques, devient paradoxalement un frein lorsqu'elle entrave la formalisation, la théorisation et la diffusion critique des savoirs.

L'impalpable richesse du soin relationnel

L'absence de visibilité ne saurait être confondue avec une absence de soin. L'analyse des trajectoires recueillies montre que les pratiques infirmières en psychiatrie se déploient dans des registres souvent discrets, fondamentalement relationnels, et difficilement objectivables. Ce qui

semble soutenir les processus de rétablissement ne relève pas tant de l'application stricte d'un protocole que d'une dynamique de présence, de régularité et d'attention portée à des éléments subtils du quotidien. L'ajustement continu aux expressions singulières de la souffrance psychique — qu'elles prennent la forme du retrait, de l'agitation ou de l'ambivalence — constitue un matériau clinique précieux, mais peu saisissable dans les cadres d'analyse standardisés. Cette difficulté de formalisation interroge la manière dont les savoirs soignants peuvent être reconnus et transmis, et souligne l'intérêt d'approches épistémologiques situées, capables de rendre compte de cette complexité sans l'aplatir (37).

Vers une épistémologie infirmière psychiatrique intégrative

Il importe de rester attentif·ves à ne pas reconduire, dans les efforts actuels de valorisation des soins relationnels ou extrahospitaliers, une forme implicite de disqualification de l'intrahospitalier. Les résultats de cette étude le montrent clairement : l'hôpital constitue encore aujourd'hui le principal lieu d'exercice pour de nombreux·ses infirmier·ères en psychiatrie. Pourtant, il reste parfois en retrait des dynamiques d'innovation thérapeutique. Les unités d'hospitalisation font face à des contraintes structurelles marquées — sous-effectifs, rotation importante des équipes, pressions gestionnaires — qui peuvent figer les pratiques et restreindre les marges d'initiative. Pour autant, des formes de soin relationnel s'y déploient bel et bien, parfois avec une intensité remarquable, bien qu'elles peinent souvent à s'inscrire dans des dispositifs durables ou évolutifs. Mieux reconnaître ces pratiques, y compris dans leur dimension biomédicale, apparaît comme un enjeu central du travail épistémologique à venir.

Construire une épistémologie infirmière en psychiatrie ne peut se limiter à mettre en lumière les formes de soin les plus immédiatement valorisées. Elle suppose au contraire de penser le soin dans sa diversité assumée et dans la complémentarité de ses dimensions : biomédicale, éducative, relationnelle, institutionnelle, collective. Toute tentative de hiérarchisation rigide risquerait de reconduire des logiques de marginalisation que l'on cherche justement à interroger. L'enjeu consiste plutôt à ouvrir des espaces de reconnaissance, de publication et de formation où ces pratiques puissent être discutées, documentées et transmises dans toute leur complexité.

Reste enfin à interroger les outils analytiques mobilisés pour penser ces recompositions professionnelles. Le cadre de l'empowerment psychologique, utilisé dans cette recherche, permet de structurer une lecture du pouvoir d'agir infirmier. Encore faut-il en examiner la portée comme les zones d'ombre, afin de comprendre à la fois ce qu'il révèle — et ce qu'il tend à laisser hors champ.

3.6 Éprouver le cadre de l'empowerment psychologique : apports, limites et prolongements critiques

Le cadre théorique de l'empowerment psychologique développé par Zimmerman (4) a été mobilisé pour structurer l'analyse des trajectoires infirmières recueillies. Son organisation selon les dimensions intrapersonnelle, interactionnelle et comportementale s'est révélée opératoire pour identifier les conditions d'émergence ou d'érosion du pouvoir d'agir infirmier psychiatrique. Ce modèle a permis d'interpréter de manière articulée les sentiments de compétence, les dynamiques collectives et les marges d'initiative évoquées par les participant·es. Loin d'un simple outil de classement, il a offert une grille de lecture dynamique du *disempowerment* vécu, tout en rendant compte des tentatives de réengagement professionnel à la marge.

Toutefois, une lecture critique s'impose. Ce modèle, centré sur l'individu en interaction avec son environnement, éprouve des difficultés à saisir la profondeur des déterminants structurels et historiques à l'œuvre dans la psychiatrie contemporaine. En se focalisant sur la psychologie sociale, il tend à minorer les rapports de pouvoir systémiques, les formes de domination institutionnelle, et les effets durables des politiques publiques sur les collectifs infirmiers. Il reste ainsi partiellement aveugle à ce qui, dans les régimes de gouvernance néolibéraux, la hiérarchie médicale ou la normalisation gestionnaire, conditionne l'agentivité professionnelle avant même qu'elle ne s'exerce. Ce décentrage critique permet de réinscrire les trajectoires infirmières dans une histoire plus longue de déclassement statutaire et d'invisibilisation des savoirs situés. Il rappelle que le disempowerment ne résulte pas uniquement d'un affaiblissement individuel du sentiment de compétence, mais bien d'une configuration institutionnelle qui fragilise les conditions d'une action professionnelle signifiante.

Dans cette perspective, un élargissement du cadre devient nécessaire. La mobilisation du concept d'empowerment communautaire explicité par Rissel (56), en articulant dimensions individuelles et collectives, permet de penser le pouvoir d'agir comme un processus relationnel, situé et politique. Ce déplacement ouvre des pistes fécondes : soutenir les collectifs existants, documenter leurs savoirs, renforcer leur capacité à revendiquer des espaces de légitimation. Penser l'empowerment non plus comme une qualité psychologique mais comme une dynamique collective de reconfiguration des rapports de pouvoir, telle est l'hypothèse critique que cette recherche invite à explorer. Une telle relecture, élargie aux dimensions structurelles et communautaires, interroge les limites analytiques du cadre mobilisé et conduit naturellement à un examen réflexif plus large sur les choix méthodologiques et les ancrages locaux de cette étude, que la section suivante propose de discuter.

3.7 Forces et limites de l'étude

Cette recherche comporte plusieurs limites méthodologiques qu'il convient d'analyser de manière critique, tout en reconnaissant que certaines d'entre elles constituent paradoxalement des ressources heuristiques et s'articulent étroitement avec les forces de l'approche adoptée. Le recours aux témoignages oraux rétrospectifs s'expose aux phénomènes de reconstruction mémorielle et aux réinterprétations a posteriori des trajectoires professionnelles. Cette problématique se révèle particulièrement aiguë dans le contexte de la suppression du diplôme ISP, rupture institutionnelle vécue comme un déclassement par les professionnelles. Toutefois, ces processus de remémoration constituent précisément la richesse de l'approche biographique : ils donnent accès aux représentations professionnelles contemporaines, aux mécanismes de construction identitaire et aux stratégies d'adaptation développées face aux transformations institutionnelles.

Le recrutement des participants, bien que guidé par des critères explicites, reste tributaire de leur accessibilité et de leur consentement à témoigner. Cette auto-sélection génère des effets de filtre, mais garantit simultanément l'engagement des témoins et la densité narrative de leurs récits, conditions essentielles à une analyse qualitative approfondie. La circonscription géographique de l'enquête à l'hôpital Sainte-Marie de Clermont-Ferrand limite certes la généralisation des résultats, mais permet une investigation monographique d'un terrain historiquement emblématique, offrant une compréhension fine des articulations entre dynamiques locales et transformations nationales du champ psychiatrique. La position du chercheur, professionnel infirmier en psychiatrie, constitue à la fois la principale limite et la force distinctive de cette recherche. Si elle soulève des enjeux de distanciation critique, elle facilite corrélativement l'accès au terrain, la compréhension des codes professionnels, l'établissement d'une relation de confiance avec les participants et l'interprétation des enjeux

corporatistes. Cette proximité avec l'univers étudié a été appréhendée comme un défi épistémologique permanent, nécessitant une vigilance réflexive constante et un dialogue continu avec l'équipe d'encadrement, mais elle constitue également un atout différenciant face aux approches purement externes au champ infirmier.

CONCLUSION

Cet article ne visait pas uniquement à restituer une histoire méconnue des infirmiers de secteur psychiatrique, mais à proposer un espace de discussion critique sur les cadres interprétatifs mobilisables en sciences infirmières pour penser les formes d'autonomisation professionnelle dans le champ psychiatrique. En ce sens, la discussion en constitue le noyau analytique : elle interroge les apports mais aussi les limites du modèle de Zimmerman lorsqu'il est confronté à des trajectoires historiques situées, issues d'un contexte institutionnel français fortement médicalisé. Cette mise à l'épreuve du cadre théorique, à partir d'un matériau empirique dense et diversifié, permet d'envisager une relecture infirmière du concept d'empowerment, plus attentive à la dimension relationnelle du soin, aux contraintes structurelles, et aux régimes de reconnaissance qui traversent la profession. Elle souligne l'intérêt de convoquer des ancrages épistémologiques pluriels, associant histoire, sociologie critique et praxis infirmière, dans une perspective transformatrice et non purement descriptive. Ce travail s'inscrit ainsi dans la consolidation d'un champ encore en émergence en France : celui de l'histoire du nursing, conçu comme lieu de production de savoirs situés, critiques et orientés vers l'action. En historicisant les engagements infirmiers, les dynamiques collectives et les espaces de résistance, il participe à l'affirmation de la discipline comme productrice de connaissances spécifiques, distinctes et légitimes.

Par ailleurs, ce retour sur l'histoire des ISP constitue une ressource précieuse pour les professionnels d'aujourd'hui, confrontés à une crise de sens persistante, nourrie par l'effacement des savoirs spécifiques et la montée des logiques gestionnaires. Revisiter ces parcours collectifs permet de redonner consistance à une mémoire professionnelle, à une identité soignante et à des possibilités d'agir encore ouvertes. Cette recherche s'adresse ainsi autant aux milieux académiques qu'aux terrains cliniques, en offrant une trame pour penser l'autonomie dans le soin, au-delà de sa seule formalisation institutionnelle. Elle engage enfin la communauté des chercheurs en sciences infirmières à reconnaître dans l'histoire non un supplément narratif, mais un levier épistémologique majeur. Affirmer une discipline, c'est aussi fonder ses savoirs dans l'épaisseur du temps, et revendiquer des cadres d'intelligibilité ancrés dans l'expérience soignante. L'histoire devient alors un opérateur critique de légitimation, de transmission et de transformation des pratiques infirmières. C'est dans cette perspective que peut se lire le titre de l'article, « Ils nous ont volé la victoire » : non comme une plainte nostalgique, mais comme l'énoncé lucide d'un rapport de force encore actif, et l'appel à réinvestir collectivement les marges du pouvoir d'agir.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Parayre S, Klein A. Histoire de la santé, XVIIIe-XXe siècles : Nouvelles recherches francophones. Paris : Hermann; 2015.
- (2) Tanda-Soyer N, Eymard C, Alderson M. État des lieux de l'initiation à la recherche en formation initiale en soins infirmiers : recherche et professionnalisation. *Recherche en soins infirmiers*. 2014;116(1):70-80. <https://doi.org/10.3917/rsi.116.0070>.
- (3) Lanquetin JP. Le diplôme d'État infirmier, entre éthique et récursivité de la question de la folie. *Soins psychiatriques*. 1999;(200):17-20.
- (4) Zimmerman MA. Psychological empowerment: Issues and illustrations. *Am J Community Psychol*. 1995;23(5):581-599.

- (5) Krol P, Holmes D. *Philosophies et sciences infirmières*. Paris : Hermann; 2014.
- (6) Nazon E, Perron A. Vers une approche pluraliste en sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*. 2014;116:6-12.
- (7) Porter R. The Patient's View: Doing Medical History from below. *Theory Soc*. 1985;14(2):175-198.
- (8) Guillemain H. *Chronique de la psychiatrie ordinaire : patients, soignants et institutions en Sarthe du XIXe au XXIe siècle*. Le Mans : Éditions de la ReINETTE; 2010.
- (9) Bertaux D. *Le récit de vie*. 4e éd. Paris : Armand Colin; 2016.
- (10) Thompson P. *The voice of the past: Oral history*. Oxford : Oxford University Press; 2017.
- [REDACTED]
- (12) Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick : Transaction Publishers; 1967.
- (13) Kaufmann JC. *L'entretien compréhensif*. Paris : Nathan; 1996.
- (14) Mucchielli A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin; 1996.
- (15) Vincent-Ponroy J, Chevalier M. La neutralité bienveillante : entre rigueur scientifique et posture clinique. *Recherches qualitatives*. 2018;37(1):85-101.
- (16) Blanchet A. *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. 3e éd. Paris : Armand Colin; 2010.
- (17) Thifault MC, Kirouac L. *Des religieuses dans un hôpital psychiatrique : Saint-Jean-de-Dieu, 1925-1997*. Québec : Presses de l'Université Laval; 2019.
- (18) American Psychological Association. *Publication manual of the American Psychological Association*. 7th ed. Washington : APA; 2020.
- (19) France. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *J Off Rép Fr*. 1991 août 2;179:10378-10386.
- (20) France. Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. *J Off Rép Fr*. 1996 avr 25;97:6371-6375.
- (21) Haute Autorité de Santé. *Rapport d'activité 2005*. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2006.
- (22) Bourdieu P. *Le sens pratique*. Paris : Les Éditions de Minuit; 1980.
- [REDACTED]
- (24) Lantéri-Laura G. L'histoire contemporaine de la psychiatrie, dans ses rapports avec la société française. In : *La maladie mentale en mutation*. Paris : Odile Jacob; 2001. p. 247-262.
- (25) Delion P. *La psychiatrie de secteur. Une utopie toujours d'actualité*. Paris : Dunod; 2021.
- (26) Dejours C. *La panne. Repenser le travail et changer la vie*. Paris : Bayard; 2019.
- (27) Bafail C. À Bailleul, l'hôpital psychiatrique au bord de la rupture. *Le Monde* [Internet]. 2021 sept 13 [cité le 22 juin 2025]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/09/13/a-bailleul-l-hopital-psychiatrique-au-bord-de-la-rupture_6094387_3224.html
- (28) Monnot C. Le psychiatre Mathieu Bellahsen réhabilité après avoir dénoncé l'enfermement illégal de patients. *Le Monde* [Internet]. 2025 févr 19 [cité le 22 juin 2025]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/societe/article/2025/02/19/le-psychiatre-mathieu-bellahsen-rehabilite-apres-avoir-denonce-l-enfermement-illegal-de-patients_6216381_3224.html
- (29) Hénault G. Morceaux de psychiatrie. *Santé Mentale*. 2024 juin;(303):72-75.
- (30) Tregouet S. Mal-être dans le groupe soignant : la professionnalité empêchée de l'infirmière en psychiatrie. *VST - Vie sociale et traitements*. 2018;140(4):81-87. <https://doi.org/10.3917/vst.140.0081>.
- (31) Wright N, Stickley T. *Theories for mental health nursing: a guide for practice*. 2013.

- (32) Hassenteufel P, Naiditch M, Schweyer FX. Préambule : brève actualisation. *Revue française des affaires sociales*. 2020;(1):7-10.
- (33) Castel R. *La montée des incertitudes, Travail, protections, statut de l'individu*. Paris : Seuil; 2009.
- (34) Loriol M. *Le temps de la fatigue: la gestion sociale du mal-être au travail*. Paris : FeniXX; 1999.
- (35) Kergoat D. *Se battre, disent-elles*. Paris : La dispute; 2012. p. 203-211.
- (36) Perrin-Niquet A. La formation infirmière en psychiatrie, balbutiements, avatars et perspectives. *Soins Psychiatrie*. 2010;31(267):7-8.
- (37) Friard D. *Épistémologie soin infirmier, De la blouse blanche à la toge universitaire: Un modèle des soins et du travail relationnel en psychiatrie*. Paris : Seli Arslan; 2021.
- (38) Couty E. *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*. Ministère de la Santé et de la Prévention. 29 janvier 2009. Consulté le 6 septembre 2022.
- (39) Laforcade M. *Rapport relatif à la santé mentale*. Ministère de la Santé et de la Prévention. 12 octobre 2016. Consulté le 8 septembre 2022.
- (40) Ministère de la Santé. *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 – Bilan de mise en œuvre 2006*. p. 12-13.
- (41) Poisson M. *L'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur (Lyon, 1965-1995): fabrique d'une élite et creuset pour l'émancipation des infirmières françaises du XXe siècle*. 2018.
- (42) Poisson M. *Histoire de la profession infirmière en France : origines républicaines d'un modèle infirmier (1870-1900)*. 1998.
- (43) Ion J, Ravon B. *Les travailleurs sociaux*. Paris : La Découverte; 2005.
- (44) Poupart F. La bureaucratie, menace sur les soins infirmiers. *Santé mentale*. 2013;(182):12-15.
- (45) Hopton J. Towards a critical theory of mental health nursing. *J Adv Nurs*. 1997;25(3):492–500. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025492.x>
- (46) Littlejohn C. Critical realism and psychiatric nursing: a philosophical inquiry. *J Adv Nurs*. 2003;43(5):449–456. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02742.x>
- (47) Holmes D, Murray SJ, Perron A, Rail G. Entertaining fascism? *Int J Evid Based Healthc*. 2006;4(3):189-190. <https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2006.00043.x>
- (48) Morse JM, Penrod J. Linking concepts of enduring, uncertainty, suffering, and hope. *J Nurs Scholarsh*. 1999;31(2):145.
- (49) Gérard JL. *Infirmiers en psychiatrie, nouvelle génération: une formation en question*. Paris : Lamarre; 1993.
- (50) Touzet P. *Être infirmier en psychiatrie : entre servitude, engagement et révolte*. Paris : Champs Social; 2016.
- (51) Ponet B, Fauconnier C. Petite discussion autour du métier d'infirmier en psychiatrie aujourd'hui. *VST - Vie sociale et traitements*. 2016;(129):48-54.
- (52) Rajablat M. *Mille et un soins infirmiers en psychiatrie. Entre combats et magie de la rencontre*. Toulouse : Erès; 2019.
- (53) Lanquetin JP, Tchukriel S. L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie. *European Psychiatry*. 2014;29(S3):646. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.010>
- (54) Miton H, DeDeo S. The cultural transmission of tacit knowledge. *J R Soc Interface*. 2022;19(195):20220238.
- (55) Laverack G. Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *J Health Popul Nutr*. 2006;113-120.
- (55) Rissel C. Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promot Int*. 1994;9(1):39–47. doi:10.1093/heapro/9.1.39.

Au fil de mon enquête, des témoignages recueillis et des dynamiques observées, une série de défis contemporains se dessinent en creux : transmission interrompue, savoirs fragiles, formation inadaptée, place effacée de la clinique, injonctions contradictoires. Dans un geste délibérément réflexif, et sans céder à l’excès de métaphore, il est possible d’assumer ici une mise en relief finale. Une manière de suggérer, en marge des cadres stricts de l’analyse, l’étendue des efforts collectifs qu’appelle une refondation des soins infirmiers psychiatriques en France. Ce détour par la figure bien connue des douze travaux d’Hercule — mobilisée ici sans grandiloquence — permet de faire apparaître douze chantiers à la fois réalistes et ambitieux. Non pas un programme normatif, mais une cartographie raisonnée des priorités : pour penser l’avenir de la profession à partir de son histoire, de ses tensions, et de ses ressources propres.

I. Réinscrire l’histoire dans la discipline infirmière	
1. Créer une Unité de recherche en histoire du nursing en France	Fonder un espace scientifique interdisciplinaire dédié à l’histoire infirmière, à l’image de l’URHN canadienne.
2. Lancer un programme national de sauvegarde des archives infirmières	Préserver les fonds documentaires et oraux encore accessibles pour constituer un patrimoine partagé et transmissible.
3. Intégrer l’histoire infirmière psychiatrique dans la formation initiale	Donner aux futur·es soignant·es des repères historiques pour comprendre leur profession et s’y projeter.
4. Tisser un dialogue épistémologique entre soins somatiques et psychiatriques	Constituer un chantier critique sur les filiations, discontinuités et tensions disciplinaires.
II. Transformer la formation dans une visée émancipatoire	
5. Créer un Master 2 clinique en soins infirmiers psychiatriques	(re)Elaborer un cursus universitaire centré sur l’histoire, la philosophie, la clinique, l’éthique et la recherche infirmière en parallèle de la filière IPA.
6. Développer un certificat professionnel de consolidation des savoirs infirmiers psychiatriques	Renforcer les compétences infirmières psychiatriques et actualiser les pratiques par les données probantes ou de recherche intégrative.

III. Réarmer la profession par la recherche et la critique	
7. Soutenir la recherche infirmière en psychiatrie comme levier de transformation	Développer (encore) les financements et espaces adaptés aux spécificités infirmières en psychiatrie et identifier/promouvoir les voies d'engagement en recherche.
8. Lancer un moratoire réflexif sur les outils normatifs en sciences infirmières	Interroger les effets des diagnostics infirmiers, des transmissions ciblées dans les soins infirmiers et intégrer (accepter) les particularités du contexte psychiatrique dans nos réflexions disciplinaires.
9. Visibiliser les savoirs construits en dehors des circuits académiques canoniques	Reconnaître la légitimité des productions issues des marges professionnelles ou communautaires.
IV. Réaffirmer le soin infirmier psychiatrique dans l'espace politique	
10. Réhabiliter la clinique infirmière dans la gouvernance hospitalière	Redonner une (vraie) place aux cliniciens dans les choix organisationnels et stratégiques. Retrouver un équilibre pluridisciplinaire dans la gouvernance hospitalière.
11. Organiser des Assises nationales du soin infirmier en psychiatrie	Discuter, penser, critiquer et débattre sur le soin infirmier psychiatrique d'hier, d'aujourd'hui et de demain.
12. Promouvoir une démocratie sanitaire à hauteur de soignant·es	Développer des lieux de contre-pouvoir soignant appuyés sur des pratiques interdisciplinaires critiques et participatives (avec les personnes concernées et leurs familles).

Tableau 1. Douze leviers contemporains pour le soin infirmier en psychiatrie, nourris par l'histoire. Recommandations construites à partir de l'analyse historique menée dans cette thèse (Villeneuve, 2025).

Conclusion générale

Cette thèse avait pour objet de documenter l'histoire des infirmier·ères de secteur psychiatrique (ISP) en France, à travers l'exemple de Sainte-Marie de Clermont-Ferrand entre 1969 et 2000, tout en interrogeant les conditions de possibilité d'un processus

d'empowerment psychologique infirmier. En partant de ce terrain local, elle a mis en évidence que le quotidien des soignants — gestes ordinaires, présences discrètes, initiatives souterraines — portait en lui une capacité d'invention et de résistance qui excède largement les récits dominants sur la psychiatrie française. Ce qui apparaissait au départ comme une enquête sur l'ordinaire s'est ainsi révélé être une histoire extraordinaire, où se joue un pouvoir d'agir infirmier façonné dans les marges.

Le cadre de l'empowerment psychologique proposé par Zimmerman a offert des clés précieuses pour analyser ces dynamiques. Mais les sources recueillies révèlent que l'empowerment ne se limite ni à une expérience individuelle ni à une mobilisation collective ; il s'inscrit dans une pratique située, inséparable d'une histoire, d'une mémoire et d'un rapport au savoir. C'est dans cette articulation que se joue la portée épistémologique de ce travail. Loin de déployer un usage purement instrumental de la théorie, mon enquête a en effet fait apparaître que l'histoire – comme discipline, comme pratique et comme récit – constitue elle-même un opérateur d'empowerment, capable de rendre visibles les expériences passées, de restituer la consistance de pratiques effacées et de produire un savoir qui nourrit le pouvoir d'agir des soignant·es.

Cette perspective engage une thèse plus large où les sciences infirmières ne peuvent se développer sans une épistémologie nourrie d'historiographie. L'histoire, à mon sens, ne doit pas être un simple arrière-plan des pratiques actuelles. Au contraire, elle doit être constituée comme une méthode pour penser le soin. Car l'histoire dévoile des rationalités cliniques souvent invisibles, elle ouvre un espace critique sur les rapports de pouvoir, et elle permet de concevoir les pratiques infirmières non pas comme des applications techniques, mais comme des formes de savoir. Écrire l'histoire des infirmier·ères en psychiatrie, c'est donc participer à construire une épistémologie infirmière capable de dialoguer d'égal à égal avec les autres disciplines du champ de la santé.

Si l'on se situe dans ce cadre d'analyse, alors il faut bien reconnaître que l'année 1992 a constitué une date charnière en France, pas seulement pour l'histoire des infirmier·ères psychiatriques, mais pour l'histoire de la psychiatrie tout court. Comme je l'ai démontré dans ce travail, la suppression du diplôme spécifique des ISP a marqué la fin institutionnelle d'une identité professionnelle autonome. Ce basculement, en outre, ne peut être compris isolément : il s'articule au virage normatif, économique et sanitaire de 1991, qui a profondément reconfiguré les politiques de santé françaises. L'épistémologie du soin infirmier psychiatrique reste, jusqu'à aujourd'hui, incomplète et invisibilisée en raison de cette double dynamique qui additionne disparition de la spécificité et rationalisation gestionnaire du système de santé.

En ce sens, ma recherche assume une portée politique et défend l'idée que la mémoire professionnelle constitue un outil de formation et de capacitation. Former à l'empowerment par l'histoire devient une perspective concrète. Revisiter les luttes, transmettre les expériences, travailler les héritages critiques : autant de façons d'offrir aux nouvelles générations de soignant·es les ressources nécessaires pour se reconnaître, s'autonomiser et transformer leurs pratiques. Envisagé sous ce prisme, le travail historique n'a pas pour seul objet de documenter un passé ; il agit aussi comme un levier de subjectivation et d'émancipation collective. Ma réflexion n'est dès lors pas seulement épistémologique. Elle engage aussi une dimension d'ordre ontologique, les récits recueillis interrogeant ce que signifie être infirmier ou infirmière en psychiatrie. Ces sources illustrent que l'identité professionnelle ne se réduit pas à un statut ou à une fonction prescrite, mais se construit dans la relation, dans les gestes tenus, dans l'épreuve du temps et de l'institution. Utiliser la perspective de l'histoire par le bas permet de rendre visible cette manière singulière d'habiter le soin, de faire exister un métier dans les interstices, d'enraciner une présence auprès des patient·es malgré les contraintes.

En somme, les recherches, les découvertes mais aussi le parcours personnel sur lesquels cette thèse m'a mené, conduisent ainsi à considérer l'histoire du nursing psychiatrique comme un champ épistémologique à part entière, où l'analyse du quotidien révèle les conditions de possibilité d'un pouvoir d'agir soignant. Je pense avoir montré ici que ce que l'on peut percevoir comme relevant du quotidien et de pratiques « ordinaires » recèle en fait une fécondité insoupçonnée pour penser l'avenir et pour ouvrir la voie à des sciences infirmières capables de se définir non plus seulement par leurs objets, mais par leur puissance à élaborer leurs propres cadres théoriques, solidement ancrés dans la mémoire et la pratique.

Références

- Castel, R. (1977). *L'ordre psychiatrique : L'âge d'or de l'aliénisme*. Éditions de Minuit.
- Cohen, Y. (2008). Réflexions sur l'histoire des infirmières au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 84-93. <https://doi.org/10.3917/rsi.093.0083>
- Diebolt, E., & Fouché, N. (2011). *Devenir infirmière en France : une histoire atlantique, 1854-1938*. Editions Publibook.
- Dupeux, D. & Letourneau, D. (1991). *Le secteur psychiatrique*. Lamarre.
- Faure, O. (1994). *Histoire sociale de la médecine* (Vol. 6). Diffusion Economica.
- Fauvel, A. (2005). *Témoins aliénés et " Bastilles modernes" : une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914)* [Thèse de doctorat, Paris, EHESS].
- Fauvel, A. (2013). Cerveaux fous et sexes faibles (Grande-Bretagne, 1860-1900). *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, (37), 41-64.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard.
- Foucault, M. (1993). *Surveiller et punir : Naissance de la prison*. Gallimard.
- Fourquet, F. & Murard, L. (1980). *Histoire de la psychiatrie de secteur*. Paris, Encres.

- Friard, D. (2021). *Épistémologie du soin infirmier. De la blouse blanche à la toge universitaire : Un modèle des soins et du travail relationnel en psychiatrie* (1^{ère} éd.). Seli Arslan.
- Gigou, Y., & Coupechoux, P. (2019). *Mon métier d'infirmier. Éloge de la psychiatrie de secteur*. Éditions d'Une.
- Goffman, E. (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Éditions de Minuit.
- Guillemain, H. (2010). *Chronique de la psychiatrie ordinaire : patients, soignants et institutions en Sarthe du XIX^e au XXI^e siècle*. La Reinette.
- Henckes, N. & Majerus, B. (2022, 19 mai). *Maladies mentales et sociétés - XIX^e-XXI^e siècles*. La Découverte.
- Hochmann, J. (2017). *Histoire de la psychiatrie*. PUF, coll. « Que sais-je ? ».
- Jaeger, M. (2016a). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique : 1. L'anti-mythe Jean-Baptiste Pussin. *VST - Vie sociale et traitements*, 131, 104-119. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/vst.131.0104>
- Jaeger, M. (2016b). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique : 2. Personnel laïc et personnel religieux. *VST - Vie sociale et traitements*, 132, 105-115. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/vst.132.0105>
- Jaeger, M. (2017a). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique : 3. La constitution d'une profession. *VST - Vie sociale et traitements*, 133, 104-123. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/vst.133.0104>
- Jaeger, M. (2017b). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique : 4. La formation des infirmiers. *VST - Vie sociale et traitements*, 134, 109-126. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/vst.134.0109>

- Klein, A. (2018). Théodore Simon (1873–1961). Itinéraire d'un psychiatre engagé pour la professionnalisation des infirmiers et infirmières d'asile. *Recherche en soins infirmiers*, 135(4), 91-106.
- Klein, A., & Parayre, S. (2015). *Histoire de la santé, XVIII^e-XX^e siècles : Nouvelles recherches francophones*. Hermann.
- Klein, A., Guillemain, H. & Thifault, M. C. (Eds.). (2018). *La fin de l'asile ? histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XX^e siècle*. Presses universitaires de Rennes.
- Knibiehler, Y. (2011). *Histoire des infirmières : en France au XX^e siècle*. Fayard, coll. « Pluriel ».
- Krzyzaniak, P., & de Miribel, J. (2016). Les savoirs infirmiers en psychiatrie. Comprendre l'évolution de la profession au XX^{ème} siècle. *Éducation permanente*, (209), 163-173.
- Lantéri-Laura, G. (2001). L'histoire contemporaine de la psychiatrie, dans ses rapports avec la société française. Dans *La maladie mentale en mutation* (pp. 247-262). Odile Jacob.
- Leroux-Hugon, V. (1981). *Infirmières des hôpitaux parisiens, 1871-1916. Ébauches d'une profession* [Thèse de doctorat, Université Paris 7].
- Leyreloup, A. (2010). Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie. *Sud/Nord*, 25, 121-128. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/sn.025.0121>
- Majerus, B. (2019). *Parmi les fous : Une histoire sociale de la psychiatrie au XX^e siècle*. Presses universitaires de Rennes.
- Magnon, R. (2001). Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle. Masson.

- Nelson, S., & Paul, P. (2020). The history of nursing education. L'histoire de la formation en sciences infirmières. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 6(2), Article 1.
- Perrin-Niquet, A. (2020). De l'infirmier de secteur psychiatrique à l'infirmier de pratique avancée en santé mentale et psychiatrie. *L'information psychiatrique*, 96(7), 511-517.
<https://doi.org/10.1684/ipe.2020.2142>
- Poisson, M. (2015). L'EIEIS et la reconnaissance du service infirmier en France. *Soins Cadres*, 24(95), 54-57.
- Poisson, M. (2018). *L'école Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur (Lyon, 1965-1995): fabrique d'une élite et creuset pour l'émancipation des infirmières françaises du XX^e siècle* (Doctoral dissertation, École doctorale Normandie Humanités).
- Postel, J. & Quétel, C. (2012). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Dunod.
- Quétel, C. (2009). *Histoire de la folie-De l'Antiquité à nos jours*. Tallendier.
- Roumieux, A. (1981). *La tisane et la camisole : Trente ans de psychiatrie publique*. JC Lattès.
- Roumieux, A. (1974). *Je travaille à l'asile d'aliénés*. Champ libre.
- Rubinstein, S. (2020). *La sectorisation psychiatrique en France: Histoire d'une construction juridique et médicale* [Thèse de doctorat, Université Paris 8 Vincennes–Saint-Denis].
HAL Archives ouvertes. <https://hal.science/tel-04108440>
- Thifault, M. C. (Ed.). (2012). *L'incontournable caste des femmes : histoire des services de santé au Québec et au Canada*. University of Ottawa Press.
- Thifault, M. C. (2019). « Imaginaire et sensibilités » : la mise en récit de la déshospitalisation psychiatrique en Ontario. *Canadian Bulletin of Medical History*, 36(1), 184-193.

- Thifault, M. C. (2020). Un malaise flou en héritage : la construction du savoir infirmier enseigné au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, 143(4), 7-18.
- Thilly, S. (2024). Des premiers enseignements aux sciences infirmières : approche sociohistorique de la formation infirmière et de ses formateurs. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 10(1), Article 100316.
- Touzet, P. (2016). *Être infirmier en psychiatrie : entre servitude, engagement et révolte*. Champ social Éditions.
- von Buelzingsloewen, I. (2015). Vers un désenclavement de l'histoire de la psychiatrie. *Le Mouvement Social*, 253, 3-11. <https://doi.org/10.3917/lms.253.0003>
- Zilliox, H. (1976). *On les appelait "gardiens de fous" : La profession d'infirmier psychiatrique*. Privat.

Bibliographie générale

Sources primaires

Entretiens oraux réalisés par l'auteur

20 entretiens semi-directifs – Total : 28 h 28 min d'enregistrement

Période : entretiens conduits du 7 mars 2024 au 12 juin 2025

Population : infirmier·ères psychiatriques ayant exercé en France ; 10 hommes, 10 femmes

Format : n 20 entretiens individuels ; 1 entretien en commun (2 témoins à la fois) ; 2 ré-interviews

Modalités de conservation et d'archivage : Tous les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement ; ces enregistrements sont conservés par l'auteur (Benjamin Villeneuve) en format numérique, un éventuel archivage en ligne est actuellement en discussion. Par ailleurs, tous les entretiens ont également été retranscrits par l'auteur ; une partie seulement de ces retranscriptions sont restituées dans les annexes de ce manuscrit (extraits pertinents et passages cités dans la thèse, exclusion des parties redondantes).

Normes de confidentialité et respect des règles éthiques : cette recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche (CER) [H-10-23-9578], conformément aux exigences de l'Université d'Ottawa. Les infirmier·ères rencontrés, témoignant de leur parcours professionnel, n'étaient pas considérés comme personnes vulnérables, mais une vigilance particulière a été portée au caractère sensible de leurs récits. Chaque participant·e a donné un consentement éclairé, avec garantie de confidentialité, d'anonymisation et de retrait possible à tout moment.

Toujours dans le respect des règles en vigueur, des explications sur la recherche effectuée ainsi qu'un formulaire de consentement à l'utilisation des données ont été dûment fournis à l'ensemble des participant·es à l'étude. Tous·tes ont signé et donné leur consentement. Seules 2 personnes ont demandé à être anonymisées.

Liste détaillée :

- Ambert Jean-Luc, diplômé ISP en 1976, 8 mars 2024, 1 h 13 min, en présentiel au domicile de Mr Ambert.
- Brejnoi Corinne, diplômé ISP en 1984, 9 mai 2024, 1 h 55 min, en visioconférence via Teams, à la demande de la participante.
- Buisson Joëlle, diplômée ISP en 1983, 9 décembre 2024, 1 h 38 min, en visioconférence via Teams à la demande de la participante.
- Chalencon Monique, diplômée ISP en 1973, 20 novembre 2024, 1 h 18 min, en présentiel au domicile de Mme Chalencon.
- Daudin Evelyne, diplômée ISP en 1974, 7 mars 2024, 1 h 22 min, en présentiel au domicile de son ami.
- Dupeux Didier, diplômé ISP en 1983, 8 mars 2024, 1 h 31 min, en présentiel au domicile de M. Dupeux.

- Erragne Jean-Pierre, diplômé ISP en 1973, 18 février 2025, 1 h 41 min, en visioconférence via Teams à la demande du participant.
 - Frobert Alain, diplômé ISP en 1977, 2 juillet 2024, 1 h 54 min, en visioconférence via Teams.
 - Hameau Marie-Thérèse, diplômée ISP en 1972, 10 octobre 2024, 1 h 18 min, en visioconférence via Teams à la demande de la participante.
 - Lamy Jocelyne, diplômée ISP en 1975, 8 mars 2024, 1 h 05 min, en présentiel au domicile de Mme Lamy.
 - Letourneau Dominique, diplômé ISP en 1973, 12 décembre 2024, 1 h 37 min, en visioconférence via Teams à la demande du participant.
 - Longerinas Francine, diplômée ISP en 1973, 9 mai 2024, 1 h 53 min, en présentiel au domicile de Mme Longerinas.
 - Merlé André, diplômé ISP en 1971, 18 février 2025, 1 h 05 min, par appel téléphonique.
 - Poitre Jean-Michel, diplômé ISP en 1973, 2 : 18 mars 2025 - 2 h 07 min, en visioconférence via Teams à la demande du participant ; 12 juin 2025 - 1 h 47 min, en présentiel dans un lieu neutre.
 - Ranoux Gilles, diplômé ISP en 1976, 7 mars 2024, 1 h 51 min, en présentiel au domicile de M. Ranoux.
 - Sœur Danielle Pezzali, diplômée ISP en 1972, 20 décembre 2024, 45 min, en visioconférence via Teams à la demande de la participante.
 - Tapissier André, diplômé ISP en 1970, 22 novembre 2024, 1 h 31 min, en présentiel au domicile de M. Tapissier à Brassac-les-Mines.
 - Vigier Dominique, diplômé ISP en 1984, 2 entretiens : 18 novembre 2024 - 1 h 35 min ; 2 juin 2025 - 1 h 35, en visioconférence à la demande du participant.
 - M. XY, diplômé DE en 1981, 29 novembre 2024, 1 h 34 min, en visioconférence via Teams.
- Le participant a exprimé le souhait de conserver son anonymat.

- Mme XX, diplômée ISP en 1984, 1^{er} mars 2024, 1 h 35 min, en visioconférence à la demande de la participante. La participante a exprimé le souhait de conserver son anonymat.

- Tapissier André, diplômé ISP en 1970, et Merlé André, diplômé ISP en 1971, 4 mars 2025, 1 h 04 min, en présentiel au domicile de M. Merlé.

Archives publiques

Archives départementales du Puy-de-Dôme (AD 63) : Fonds de l'institution Sainte-Marie de Clermont-Ferrand : dossiers médicaux (85 ETP au total), H-dépôt 14/11 (unités W10, W18, W22, W25, W26, W27), 79 ETP répartis sur les unités 8 et 9, couvrant la période 1971–1997.

Archives privées

Nota bene : Il s'agit d'un ensemble hétérogène de documents, notamment de textes écrits par des infirmier·ères psychiatriques (articles, tapuscrits, etc.). Ils ont été conservés par certaines des personnes avec qui j'ai réalisé des entretiens et auxquels elles m'ont donné accès. Ne sont mentionnés dans cette bibliographie que les documents mobilisés pour l'analyse. À noter : certaines de ces archives m'ont été confiées à la suite de cette étude ; la question de leur archivage dans un fonds public est actuellement à l'étude.

Archives de Joëlle Buisson : (1983). *Diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique*.

(2001). *Diplôme d'État d'infirmier de secteur psychiatrique* [donné aux ISP devenus ISPDE après la réforme de 1992].

Archives de Jean-Pierre Erragne : (1973). *Attestation du diplôme ISP de substitution au diplôme ISP*.

Archives d'Alain Frobert : (s.d.). *Bibliographie des productions littéraires* (18 articles de revues : *Santé mentale, Soins psychiatrie, Synapse, Dérive*).

(1983). *L'alternative à l'institution géante*. *Dérive*, (2), 62 p. Périodique de l'AESPA, trimestre 1983.

(1983). « *Murs d'asile* », article publié dans *Chroniques de Sainte-Marie* numéro 0.

(s.d.). *À l'enseigne du psychotique* [texte non publié, réflexion clinique et praxéologique].

Archives de Jocelyne Lamy : (1974). *Bulletin de présentation de la formation ISP à l'école de Clermont-Ferrand* (4 p. : présentation générale, programme de formation, conditions d'admission, photographies de l'école).

Archives de Francine Longerinas : (1973). *Bulletins de paie de première et deuxième année à l'école d'infirmières Sainte-Marie de Clermont-Ferrand*.

Longerinas, F., Poitre, J.-M., & Buisson, J. (1973, 1974 & 1983). *Diplômes d'infirmier de secteur psychiatrique*.

Archives d'André Merlé : (1973). *Photographie extraite du journal La Montagne relative aux manifestations infirmières de Clermont-Ferrand*.

Archives de Jean-Michel Poitre : (s.d.). *Chapeaux* [article publié dans *La Montagne*].

(s.d.). *Le foot favorise le dialogue* [article publié dans *La Montagne*].

(1990, 29 juin). *L'Auvergne bien représentée* [article publié dans *La Montagne*].

(1992, 6 juillet). *Le Mont Blanc vaincu* [article publié dans *La Montagne*].

(s.d.). *Specials Olympics* [article publié dans *La Montagne*].

(1992, 1er juillet). *Une ascension, mais aussi un défi* [article publié dans *La Montagne*].

(1982). *Photographie extraite d'une coupure du journal La Montagne relative à la première pièce de théâtre encadrée par Didier Dupeux*.

(s.d.). *Texte personnel non publié* [expression biographique et professionnelle].

Archives de Gilles Ranoux : (2000). *Courrier du ministère de l'Emploi et des Solidarités attestant l'octroi du diplôme d'État d'infirmier psychiatrique* [équivalence au grade DE pour les ISP].

Archives institutionnelles

Centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand :

(1960). *Vue aérienne du site de Sainte-Marie de Clermont-Ferrand* [photographie conservée dans les archives institutionnelles du Centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand].

(s.d.). *Trente années au service de la psychiatrie*. Cahier comprenant la biographie du Dr Blandin par Bonnet, Doussinet & Poitre [archive institutionnelle, bibliothèque du Centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand].

(1979). *Programme pédagogique détaillé après la réforme du 6 mai 1979* [document numérisé à partir des fonds de la bibliothèque de l'établissement].

(1930). *Vue générale de l'hôpital Sainte-Marie du Puy-en-Velay* [photographie – Association Hospitalière Sainte-Marie, *Un siècle d'hospitalité. Histoire de l'hôpital Sainte-Marie du Puy-en-Velay*, consultée en ligne sur le site de l'Association Hospitalière Sainte-Marie].

(1969). *Plan d'ensemble du centre psychothérapeutique Sainte-Marie de l'Assomption de Clermont-Ferrand* [fonds institutionnels, bibliothèque du Centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand].

(1969). *Tableau du personnel soignant. Rapport d'activité du Centre hospitalier Sainte-Marie* [archives institutionnelles, bibliothèque du Centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand].

(2019). *Le départ des sœurs de l'Hermitage*. Article publié dans *Vie consacrée* [archives institutionnelles, bibliothèque du Centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand].

(s.d.). *Section de la bibliothèque réservée aux mémoires d'infirmiers, comprenant notamment ceux de André Tapissier, André Merlé et Didier Dupeux*.

(2000, 6 octobre). *Revue institutionnelle 5000*, exemplaire mensuel d'octobre 2000 (15 p.), disponible dans les fonds d'archives institutionnelles de l'établissement.

Archives syndicales

CFDT, *Chronique de Sainte-Marie*, bulletin syndical, n° 0, 11 pages, 1978 (cote AS-1).

CFDT, *Chronique de Sainte-Marie*, bulletin syndical, n° 1, 15 pages, 1978.

CFDT, *Chronique de Sainte-Marie*, bulletin syndical, n° 3, s.d. [1979].

CFDT, *Chronique de Sainte-Marie*, bulletin syndical, numéro spécial, 22 pages, 1979.

Archives associatives

Association des Équipes Soignantes Psychiatriques d'Auvergne (AESPA). (1970, 8 décembre).

Déclaration constitutive.

Association *Vivre*. (1981, 4 mars). *Déclaration constitutive.*

Association Nationale Fédérale des Infirmiers de Psychiatrie (ANFIP). (1982, 14 mai).

Déclaration constitutive.

(1987). *Sommaire du compte-rendu de stage de l'Association Nationale Fédérale des Infirmiers et infirmières en Psychiatrie (ANFIP)* [archive associative].

Revues professionnelles

VST. Vie sociale et traitements. (1973–1974). n° 96, décembre 1973 – janvier 1974.

VST. Vie sociale et traitements. (1974). n° 97, juillet – septembre 1974.

VST. Vie sociale et traitements. (1974). n° 100, octobre – novembre 1974.

Textes législatifs

France. (1955, 28 juillet). *Arrêté relatif à la réorganisation de la formation professionnelle du personnel soignant des hôpitaux psychiatriques: infirmiers et infirmières. Journal officiel de la République française.*

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000834341>

France. (1960, 30 mars). Circulaire n° 60-60 relative à l'organisation des soins psychiatriques. *Bulletin officiel du ministère de la Santé publique.*

France. (1969, 12 mai). Arrêté du 12 mai 1969. *Journal officiel de la République française.*

France. (1973, 16 février). *Arrêté relatif à la formation professionnelle du personnel soignant du secteur psychiatrique. Journal officiel de la République française, JORF du 27 février 1973.*

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000482718>

France. (1979, 26 avril). *Arrêté modifiant l'arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique. Journal officiel de la République française, JORF du 6 mai 1979.*

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000669917>

France. (1992, 23 mars). *Arrêté relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier. Journal officiel de la République française.*

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000158224>

France. (2019). *Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif à l'accès des infirmiers de secteur psychiatrique à la formation d'infirmier en pratique avancée. Journal officiel de la République française, 13 août 2019.*

France. (1996, 25 avril). Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. *Journal officiel de la République française, (97), 6371-6375.*

France. (1991, 2 août). Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *Journal officiel de la République française, (179), 10378–10386.*

France. (2002, 11 février). *Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Journal officiel de la République française.*

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000221367/>

France. (2016, 25 novembre). *Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. Journal officiel de la République française.*

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479578>

France. (1990, 27 juin). *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. Journal officiel de la République française.*

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000532622>

Haute Autorité de Santé. (2006). *Rapport d'activité 2005*. Saint-Denis La Plaine : Haute Autorité de Santé.

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019, 16 janvier). *Instruction DGOS/R4 n° 2019-17 relative à la mise en œuvre du décret du 27 juillet 2017 relatif aux activités de réhabilitation psychosociale.*

Rapports politiques et gouvernementaux

Conseil National. (s.d.). *Les infirmiers s'interrogent sur leur avenir et souhaitent des évolutions profondes de leur métier*. Consulté 18 décembre 2021, à l'adresse <https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/les-infirmiers-sinterrogent-sur-leur-avenir-et-souhaitent-des-evolutions-profondes-de-leur-metier.html>

Couty, E. (2009, 29 janvier). *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie* [Rapport]. Ministère de la Santé et de la Prévention.

INSEE. (1975). *Recensement général de la population : Résultats pour Clermont-Ferrand*. Institut national de la statistique et des études économiques.

Laforcade, M. (2016, 12 octobre). *Rapport relatif à la santé mentale* [Rapport]. Ministère de la Santé et de la Prévention.

Ministère de la Santé et des Solidarités. (s.d.). *Évaluation du plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008* [Rapport].

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_Plan_psychiatrie_et_sante_mentale_2005-2008.pdf

Ministère de la Santé. (2006). *Plan Psychiatrie et santé mentale 2005–2008 – Bilan de mise en œuvre 2006* (pp. 12–13). Paris : Ministère de la Santé.

Ouvrages et chapitres dans des ouvrages collectif

Alexander, F. G., Selesnick, S. T., & Allers, G. (1972). *Histoire de la psychiatrie : pensée et pratique psychiatriques de la préhistoire à nos jours*. A. Colin.

Bacqué, M. H., & Biewener, C. (2015). *L'empowerment, une pratique émancipatrice ? La découverte*.

Baillon, G. (2009). Histoires de la psychiatrie. Dans : G. Baillon, *Les usagers au secours de la psychiatrie : La parole retrouvée* (pp. 74-125). Toulouse : Érès.

Balvay G. (1972). *L'infirmier des hôpitaux psychiatriques, sa formation, sa place dans la psychothérapie institutionnelle*, thèse de médecine, Grenoble.

Bertaux, D. (2016). *Le récit de vie* (4e éd.). Armand Colin.

Blanchet, A. (2010). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien* (3e éd.). Armand Colin.

Bonnet, O. (2005). Un réseau en action : Les hôpitaux psychiatriques privés de la congrégation Sainte-Marie de l'Assomption. In F. Cochet (Dir.), « *Morts d'inanition* » : *Famine et exclusions en France sous l'Occupation* (pp. 109–123). Presses universitaires de Rennes.

Borsay, A. & Dale, P. (2015). *Mental health nursing : The working lives of paid carers in the nineteenth and twentieth centuries (Nursing History and Humanities)* (1^{re} éd.). Manchester University Press.

Bostridge, M. (2015). *Florence Nightingale : the woman and her legend*. Penguin UK.

Bourdelaïs, P., & Faure, O. (2005). *Les nouvelles pratiques de santé : acteurs, objets, logiques sociales, XVIIIe-XXe siècles*. Belin.

Bourdieu P. (1997). *Méditations pascaliennes*. Paris: Seuil.

Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris : Les Éditions de Minuit.

- Burgess, R. G. (2006). *In the field: An introduction to field research*. Routledge.
- Canguilhem, G. (2003, 26 mai). *Le Normal et le Pathologique*. Presses Universitaires de France (PUF).
- Castel, R. (1977). *L'ordre psychiatrique l'âge d'or de l'aliénisme (LE SENS COMMUN) (0 éd.)*. MINUIT.
- Castel, R. (2009). *La montée des incertitudes : Travail, protections, statut de l'individu*. Paris : Seuil
- Charuty, G. (1985, 11 octobre). *Le couvent des fous : L'internement et ses usages en Languedoc aux XIXe et XXe siècles (Nouvelle bibliothèque scientifique) (French Edition) (0 éd.)*. Flammarion.
- Chevandier, C. (2011). *Infirmières parisiennes : émergence d'une profession (1900-1950)*. Paris : Publications de la Sorbonne.
- Clance, P. R. (1985). *The impostor phenomenon: Overcoming the fear that haunts your success*. Atlanta : Peachtree Publishers.
- Collectif, C. (2024). *Philosophies et sciences infirmières: contributions essentielles à la discipline*. Presses de l'Université Laval.
- Collière, M. (1998). *Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers (Hors collection) (French Edition)*. Masson.
- Combret, M., Friard, D., Lanquetin, J. & Villeneuve, B. (2022). *Les infirmiers psychiatriques au cœur du soin. Analyses socio-historiques et entretiens avec des professionnels (1^{re} éd.)*. Seli Arslan.
- Cyrulnik, B. & Lemoine, P. (2018). *Histoire de la folie avant la psychiatrie*. Jacob.
- Diebolt, E., & Fouché, N. (2011). *Devenir infirmière en France : une histoire atlantique, 1854-1938*. Editions Publibook.
- Dejours, C. (2019). *La panne : Repenser le travail et changer la vie*. Paris : Bayard.

- Delion, P. (2021). *La psychiatrie de secteur : Une utopie toujours d'actualité*. Paris : Dunod
- Denzin, N. K. (2017). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Routledge.
- Descamps, F. (2005). *L'historien, l'archiviste et le magnétophone: de la constitution de la source orale à son exploitation*. Comité pour l'Histoire économique et financière.
- Domingue, J. L., Jager, F., Lusk, J., Davis, A., Ezeani, C., Perkins, M., & Pryer, B. (2022). An Integrative Review of Mental Health Nurses' and Other Professionals' Experience of Associative Stigma. *Issues in Mental Health Nursing*, 1-9.
- Dosse, F. (1997). *L'histoire en miettes : Des « Annales » à la « nouvelle histoire»*. Paris : La Découverte.
- Dosse, F. (2007). *Le Pari biographique : écrire une vie*. La Découverte.
- Dupeux D. & Letourneau, D. *Le secteur psychiatrique*. Lamarre ; 1991.
- Farge, A. (1989). *Le goût de l'archive*. Paris : Seuil.
- Farge, A. (2007). *Effusions et tourments, le récit des corps : Histoire du peuple au XVIIIe siècle*. Odile Jacob.
- Faure, O. (1994). *Histoire sociale de la médecine* (Vol. 6). Diffusion Economica.
- Fenneteau, H. (2002). *Enquête : entretien et questionnaire*. Paris : Dunod.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la folie à l'âge classique* (0 éd.). Gallimard.
- Foucault, M. (1993). *Surveiller et punir : Naissance de la prison* (0 éd.). Gallimard.
- Freire, P. (1973) *Education for Critical Consciousness*. Seabury Press, New York
- Friard, D. (2021). *Épistémologie soin infirmier, De la blouse blanche à la toge universitaire : Un modèle des soins et du travail relationnel en psychiatrie (2021) (French Edition)* (1re éd.). Seli Arslan.
- Gandon, Z. (1930). *Un bienfaiteur des aliénés au XIXe siècle, le R. P. Marie-Joseph Chiron, prêtre, ermite, missionnaire, fondateur de la Congrégation des religieuses de Sainte-*

- Marie-de-l'Assomption. Son œuvre philanthropique et charitable en faveur des aliénés (1797–1852)* (Préface de Mgr Hurault). [Auto-édité ou éditeur inconnu].
- Gérard, J.-L. 1993. *Infirmiers en psychiatrie : nouvelle génération. Une formation en question*. Paris, Lamarre.
- Gigou, Y., avec Coupechoux, P. (2019). *Mon métier d'infirmier. Éloge de la psychiatrie de secteur*. Éditions d'Une.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*. Transaction Publishers.
- Goffman, E. (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Éditions de minuit.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate: Les usages sociaux des handicaps* (A. Kihm, Trad.). Les Éditions de Minuit. (Ouvrage original publié en 1963).
- Groupe de recherche interprofessionnel sur la profession infirmière (GRIPI). (1986). *L'identité professionnelle de l'infirmière*. Paris : Coll.
- Gueslin, A. (Dir.). (1999). *Les hommes du pneu : Les ouvriers Michelin à Clermont-Ferrand de 1940 à 1980*. Les Éditions de l'Atelier.
- Guillemain, H. (2010). *Chronique de la psychiatrie ordinaire ; patients, soignants et institutions en Sarthe du XIXe au XXIe siècle*. La Reinette.
- Henckes, N. & Majerus, B. (2022, 19 mai). *Maladies mentales et sociétés - XIXe-XXIe siècle*. La découverte.
- Hochmann, J. (2017). *Histoire de la psychiatrie*. Que sais-je.
- Hochmann, J. (2022). *Les arrangements de la mémoire. Autobiographie d'un psychiatre dérangé*, Odile Jacob, Paris.
- Ion, J., & Ravon, B. (2005). *Les travailleurs sociaux*. Paris : La Découverte.

- Jaeger, M. (1981). *Le désordre psychiatrique : des politiques de la santé mentale en France*. Payot.
- Jaeger, M. (1989). *La psychiatrie en France*. Paris : Syros.
- Kaufmann, J.-C. (1996). *L'entretien compréhensif*. Nathan.
- Kergoat, D. (1992). *Les infirmières et leur coordination*. Ed. Lamarre.
- Klein, A., & Parayre, S. (2015). *Histoire de la santé, XVIII^e-XX^e siècles : Nouvelles recherches francophones*. Hermann.
- Klein, A., & Thifault, M. C. (2024). Aux origines de la désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec: le rôle oublié des infirmières laïques et religieuses. *Genesis: rivista della Società Italiana delle Storiche: XXIII, 2, 2024, 25-48*.
- Klein, A., Guillemain, H. & Thifault, M. C. (Eds.). (2018). *La fin de l'asile ? histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XX^e siècle*. Presses universitaires de Rennes.
- Knibiehler, Y. (2011). *Histoire des infirmières : En France au XX^e siècle*. Pluriel.
- Knibiehler, Y., & Leroux-Hugon, V. (1984). *Cornettes et blouses blanches : les infirmières dans la société française, 1880-1980*. Hachette littérature.
- Krol P, Holmes D. *Philosophies et sciences infirmières*. Paris : Hermann; 2014.
- Lantéri-Laura, G. (2001). L'histoire contemporaine de la psychiatrie, dans ses rapports avec la société française. Dans *La maladie mentale en mutation* (pp. 247–262). Paris : Odile Jacob.
- Léonard, J. (1986). *Archives du Corps. Histoire de la santé au XIX^e siècle* (pp.15-17). Rennes : PUR.
- Leroux-Hugon, V. (1981). *Infirmières des hôpitaux parisiens 1871-1916. Ebauches d'une profession*, thèse d'histoire, Université Paris 7.

- Leroux-Hugon, V. (1992). *Des saintes laïques. Les infirmières à l'aube de la Troisième République*. Sciences en situation, Paris.
- Loriol, M. (1999). *Le temps de la fatigue : La gestion sociale du mal-être au travail*. Paris : FeniXX.
- Mann, S. (2020). *Le syndrome de l'imposteur : Comment vous libérer du syndrome de l'imposteur et vous affirmer*. Paris : Éditions Leduc.
- Majerus, B. (2019). *Parmi les fous : Une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle (French Edition)*. Presses universitaires de Rennes.
- Magnon R. (2001). *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle*, Masson, Paris.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- Missa, J. (2006). *Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XXe siècle*. PUF.
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Nadot, M. (2012). *Le mythe infirmier : Ou le pavé dans la mare ! (French Edition)*. Editions L'Harmattan.
- Nadot, M. (2020). *La discipline infirmière : les trois temps du savoir*. ISTE Group.
- Namaste, V. (2019). *Savoirs créoles : Leçons du sida pour l'histoire de Montréal*. Mémoire d'encrier.
- Nazon, E., & Perron, A. (2014). Vers une approche pluraliste en sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 116, 6–12.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd.). Armand Colin.

- Paperman, P., & Laugier, S. (dir.). (2020). *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. EHESS. <https://books.openedition.org/editionsehess/11599>
- Poisson, M. (1998). *Histoire de la profession infirmière en France : Origines républicaines d'un modèle infirmier (1870–1900)*. Paris : L'Harmattan.
- Poletti R., *Aspects psychiatriques des soins infirmiers*, Le Centurion, Paris, 1973.
- Portelli, A. (2006). What makes oral history different. In R. Perks & A. Thomson (Eds.), *The oral history reader* (2e éd., pp. 32–42). Routledge.
- Postel, J. & Quételet, C. (2012). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Dunod.
- Quételet, C. (2009). *Histoire de la folie-De l'Antiquité à nos jours*. Tallendier.
- Rajablat, M. (2019). *Mille et un soins infirmiers en psychiatrie : Entre combats et magie de la rencontre*. Toulouse : Érès.
- Rappaport. J., Swift, C. and Hess, R. (1984) *Studies in Empowerment: Steps Toward understanding and Action*. Haworth, New York.
- Roumieux, A. (1981). *La tisane et la camisole : Trente ans de psychiatrie publique*. JC Lattès.
- Roumieux, A. (1974). *Je travaille à l'asile d'aliénés*. Champ libre.
- Roumieux, A. (2008). *Ville-Evrard: Murs, destins et histoire d'un hôpital psychiatrique*. L'Harmattan.
- Swain, G. (1977). *Le sujet de la folie : naissance de la psychiatrie*. Privat.
- Swain, G. & Gauchet, M. (2007). *La pratique de l'esprit humain : L'institution asilaire et la révolution démocratique* (Gallimard). Gallimard.
- Thifault, M. C. (Ed.). (2012). *L'incontournable caste des femmes: histoire des services de santé au Québec et au Canada*. University of Ottawa Press.
- Thompson, E. P. (1966). *The making of the English working class*. Vintage Books.
- Thompson, P. (2017). *The voice of the past: Oral history*. Oxford university press.

- Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*.
Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781003070672>
- Touzet, P. (2016). *Être infirmier en psychiatrie : entre servitude, engagement et révolte*.
Champ social Éditions.
- Zilliox, H. (1976). *On les appelait "gardiens de fous" : La profession d'infirmier
psychiatrique*. Toulouse : Privat.

Articles scientifiques et sites internet

- Bacopoulos-Viau, A., & Fauvel, A. (2016). The patient's turn: Roy Porter and psychiatry's
tales, thirty years on. *Medical History*, 60(1), 1-18.
<https://doi.org/10.1017/mdh.2015.70>
- Baillon, G. (2022). Jacques Hochmann, Les arrangements de la mémoire Autobiographie d'un
psychiatre dérangé, Odile Jacob, 2022. *L'information psychiatrique*, 98 (6), 483-485.
- Bacqué, M. H., & Biewener, C. (2013). L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler
de participation ? *Idées économiques et sociales*, (3), 25-32.
- Blanchette, L. P. (2006). Michel Foucault : Genèse du biopouvoir et dispositifs de sécurité. *Lex
electronica*, 11(2).
- Bonnet, M. (1952). Le témoignage d'un infirmier. *Esprit*, 197(12), 815-820.
- Bonnet, O. (1997). L'œuvre du père Chiron : La fondation de la congrégation Sainte-Marie
de l'Assomption et son évolution. *Revue du Vivarais*, 103(4), 237-260.
- Bonnet, O. (1998). L'œuvre hospitalière de la congrégation Sainte-Marie de l'Assomption à
Clermont-Ferrand : Des origines à 1945. *Bulletin historique et scientifique de
l'Auvergne (1933)*, 99(739), 285-321.
- Brodeur, J. P. (1976). Surveiller et punir. *Criminologie*, 9(1/2), 196-218.

- Braunstein, J. F. (2005). Daremberg et les débuts de l'histoire de la médecine en France. *Revue d'histoire des sciences*, 367-387.
- Burguière, A. (1979, December). Histoire d'une histoire : la naissance des Annales. In *Annales. Histoire, Sciences Sociales*. 34(6), 1347-1359. Cambridge University Press.
- Caire, M. (1993). Pussin, avant Pinel. *Information psychiatrique*, 69(6), 529-538.
- Calvès, A. E. (2009). « Empowerment » :généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. *Revue Tiers Monde*, (4), 735-749.
- Chevandier.C. (2011). Un demi-siècle d'une histoire des infirmières et des femmes au travail. *Revue de l'infirmière*, (174), 27-29. <http://www.em-premium.com/article/670098>
- Clance, P. R., & Imes, S. A. (1978). The impostor phenomenon in high achieving women: Dynamics and therapeutic intervention. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 15(3), 241-247. <https://doi.org/10.1037/h0086006>
- Cohen, Y. (2008). Réflexions sur l'histoire des infirmières au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 84-93. <https://doi.org/10.3917/rsi.093.0083>
- Coudray, M-A, Girault, V. & Bellon, R. (2005). D'une vocation à une profession : 150 ans d'histoire infirmière [dossier]. *SOINS* 2005, (700), 25-53.
- Debout, C., & Magnon, R. (2014). Léonie Chaptal, un leader visionnaire. *Les Tribunes de la santé*, (3), 73-83.
- Diebolt, É. (2012). Léonie Chaptal (1873-1937), architect of the nursing profession. *Recherche en soins infirmiers*, 109(2), 93-107.
- Diebolt, É. (2017). Anna Hamilton (1864-1935), l'excellence des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, (4), 85-100.
- Divay, S., & Girard, L. (2019). Éléments pour l'ébauche d'une socio-histoire du groupe professionnel infirmier : Un fil conducteur, la formation des infirmières et de leurs cheffes. *Recherche en soins infirmiers*, 139(4), 64-83.

- Domingue, J. L., Jager, F., Lusk, J., Davis, A., Ezeani, C., Perkins, M., & Pryer, B. (2022). An Integrative Review of Mental Health Nurses' and Other Professionals' Experience of Associative Stigma. *Issues in Mental Health Nursing*, 1-9.
- Dosse, F. (2001). Le moment Ricœur. *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 69, 137-152.
- Fanget, F. (2017). Cessez de vous déprécier ! de Kevin Chassangre et Stacey Callahan. *Cerveau & Psycho*, 85, 92.
- Fauquette, A., & Pierru, F. (2020). Politisation, dépolitisation et repolitisation de la crise sans fin de la psychiatrie publique. *Savoir/Agir*, 52, 11-20.
- Fauvel, A. (2013). Cerveaux fous et sexes faibles (Grande-Bretagne, 1860-1900). *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, (37), 41-64.
- Fauvel, A. (2016). De la création à la mutilation : Les récits d'Adèle Lauzier, femme, artiste et folle au XIX^e siècle. *L'Esprit Créateur*, 56(2), 12-24.
- Fauvel, A., Coffin, J. C., & Trochu, T. (2019). Les carrières de femmes dans les sciences humaines et sociales (XIX^e-XX^e siècles) : une histoire invisible ? *Revue d'histoire des sciences humaines*, (35), 11-24.
- Fauvel, A. (2021). Femmes fatales, diaboliques et perverses. Une histoire littéraire et médicale française (XIX^e-XX^e siècles). *Gallia*, 60, 73-88.
- Febvre, L. (1935). Réflexions sur l'histoire des techniques. *Annales d'histoire économique et sociales*, 7(36), 531-535.
- Friard D., et al. (2006). Soins infirmiers psychiatriques : 200 ans d'histoire, *Soins*, n° 704, avril 2006, pp. 26-67.
- Friard, D., L'entretien infirmier « empêché » ? in *Santé Mentale*, 218, Mai 2017, Quelle place pour l'entretien infirmier ?, 22-27.
- Forchuk, C. (1991). Peplau's Theory: Concepts and their Relations. *Nursing Science Quarterly*, 4(2), 54-60. <https://doi.org/10.1177/089431849100400205>

- Foth, Thomas, *Caring and killing. Nursing and Psychiatric Practice in Germany, 1931-1943*, (Göttingen: Universitätsverlag Osnabrück, 2013).
- Gallien, R. (2020). La chair de l'asile. Le quotidien de la folie, entre violences ordinaires et ambitions disciplinaires (Madagascar, 1941). *Politique africaine*, (1), 71-89.
- Gill, P. (2020). Imposter syndrome – why is it so common among nurse researchers and is it really a problem? *Nurse Researcher*, 28(3), 30-36.
<https://doi.org/10.7748/nr.2020.e1676>
- Godin, C. (1984). Compte rendu de [Gaston PINEAU / Marie-Michèle : Produire sa vie : Autoformation et Autobiographie, Éditions Saint-Martin / Éditions Edilig, Montréal / Paris, 1983, 419p., index des auteurs et des concepts.] *Anthropologie et Sociétés*, 8(2), 228-229. <https://doi.org/10.7202/006210ar>
- Forchuk, C. (1991). Une comparaison des œuvres de Peplau et d'Orlando. *Archives des soins infirmiers psychiatriques*, 5 (1), 38-45.
- Hafferty, F. W. (1998). Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73(4), 403–407.
- Harrisson, S. (2016). Les notes « Observations de l'infirmière » du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort : une source archivistique incontournable en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 41(2), 69-82.
- Harrisson, S., & Thifault, M. C. (2021). Corps souffrants. Une construction narrative à partir des mots, des gestes et des silences de mères schizophrènes. *Histoire, médecine et santé*, (17), 117-132.
- Hassenteufel, P., Naiditch, M., & Schweyer, F.-X. (2020). Préambule : Brève actualisation. *Revue française des affaires sociales*, (1), 7-10.
- Hautgen, T. (2010). Histoire de la folie, de l'Antiquité à nos jours Compte-rendu de l'ouvrage de Claude Quételet (Tallandier, 2009). *PSN*, 8(2), 104-109.

- Haustgen, T. (2017). Les psychiatres historiens. *L'Évolution Psychiatrique*, 82(3), 483-499.
- Hénault, G. (2024, juin). Morceaux de psychiatrie. *Santé mentale*, (303), 72-75.
- Holmes, D., & Gastaldo, D. (2004). Rhizomatic thought in nursing: An alternative path for the development of the discipline. *Nursing Philosophy*, 5(3), 258-267. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2004.00184.x>
- Holmes, D., Murray, S. J., Perron, A., & Rail, G. (2006). Entertaining fascism? *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 4(3), 189-190. <https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2006.00043.x>
- Hopton, J. (1997). Towards a critical theory of mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 492-500. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025492.x>
- Hutchins, H. M., & Rainbolt, H. (2017). What triggers impostor phenomenon among academic faculty? A critical incident study exploring antecedents, coping, and development opportunities. *Human Resource Development Quarterly*, 28(2), 1-24. <https://doi.org/10.1002/hrdq.21282>
- Jaeger, M. (2016a). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique : 1. L'anti-mythe Jean-Baptiste Pussin. *VST - Vie sociale et traitements*, 131, 104-119. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/vst.131.0104>
- Jaeger, M. (2016b). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique : 2. Personnel laïc et personnel religieux. *VST - Vie sociale et traitements*, 132, 105-115. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/vst.132.0105>
- Jaeger, M. (2017a). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique : 3. La constitution d'une profession. *VST - Vie sociale et traitements*, 133, 104-123. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/vst.133.0104>

- Jaeger, M. (2017b). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique : 4. La formation des infirmiers. *VST - Vie sociale et traitements*, 134, 109-126. <https://doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/vst.134.0109>
- Juchet, M. J., & Postel, J. (1996). Le "surveillant" Jean-Baptiste Pussin à la Salpêtrière. *Histoire des sciences médicales*, 30, 189-198.
- Kieffer, C. H. (1984). Citizen Empowerment. *Prevention in Human Services*, 3(2-3), 9-36. https://doi.org/10.1300/j293v03n02_03
- Klein, A. (2016). L'histoire de la santé : le renouveau interdisciplinaire de l'historiographie médicale francophone. *Revue d'histoire de l'Université de Sherbrooke*, 9(2).
- Klein, A. (2018). Théodore Simon (1873–1961). Itinéraire d'un psychiatre engagé pour la professionnalisation des infirmiers et infirmières d'asile. *Recherche en soins infirmiers*, 135(4), 91-106.
- Klein, A. (2018). Charlotte Tassé (1893-1974), infatigable promotrice du modèle de la garde-malade canadienne-française. *Recherche en soins infirmiers*, (3), 78-93.
- Klein, A., & Thifault, M. C. (2021). Quelle place pour les femmes francophones dans l'histoire des savoirs infirmiers au Québec ? L'exemple du nursing psychiatrique à Montréal (1912-1963). *Cahiers François Viète*, III(11), 103-125.
- Klein, A., & Thifault, M. C. (2024). Aux origines de la désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec: le rôle oublié des infirmières laïques et religieuses. *Genesis: rivista della Società Italiana delle Storiche: XXIII*, 2, 2024, 25-48.
- Krol, P. (2024, juin). Pour la transdisciplinarité en sciences infirmières. *Soins*, 886, 37-40. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2024.04.011>
- Krzyzaniak, P., & de Miribel, J. (2016). Les savoirs infirmiers en psychiatrie. Comprendre l'évolution de la profession au XX^{ème} siècle. *Éducation permanente*, (209), 163-173.

- Lanquetin, J.P. (1999). Le diplôme d'État infirmier, entre éthique et récursivité de la question de la folie. *Soins psychiatriques*, 200, 17-20.
- Lanquetin, J.P. (2015). La place de l'informel en psychiatrie. *Pratiques en santé mentale*, 61, 59-67. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/psm.151.0059>
- Lanquetin, J. P. & Tchukriel, S. (2014). L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie. *Psychiatry*, 29(S3), 646. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.010>
- Lantéri-Laura, G. (2001). L'histoire contemporaine de la psychiatrie, dans ses rapports avec la société française. Dans *La maladie mentale en mutation* (pp. 247-262). Odile Jacob.
- Laverack, G. (2006). Improving health outcomes through community empowerment: A review of the literature. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 24(1), 113120.
- Le Bossé, Y., Dufort, F., & Vandette, L. (2004). L'évaluation De L'empowerment Des Personnes : Développement D'une Mesure D'indices Psychosociologiques Du Pouvoir D'agir (MIPPA). *Canadian Journal of Community Mental Health*, 23(1), 91-114. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2004-0007>
- Le Bossé, Y. (2008). L'empowerment : de quel pouvoir s'agit-il ? Changer le monde (le petit et le grand) au quotidien. *Nouvelles pratiques sociales*, 21(1), 137-149.
- Lepage, H., & Vonarx, N. (2023). Une domination biomédicale dans le monde des soins infirmiers : Contribution pour une émancipation infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 152, 7-16.
- Leyreloup, A. (2010). Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie. *Sud/Nord*, 25, 121-128. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/sn.025.0121>
- Littlejohn, C. (2003). Critical realism and psychiatric nursing : A philosophical inquiry. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 449-456. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02742>

- Majerus, B. (2011). La baignoire, le lit et la porte : La vie sociale des objets de la psychiatrie. *Genèses*, 82, 95-119. <https://doi.org/10.3917/gen.082.0095>
- Magnon, R. (2015). Le service infirmier, une révolution tranquille. *Soins Cadres*, 95, 58- 63.
- Mandrou, R. (1962). Trois clefs pour comprendre la folie à l'époque classique. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 17(4), 761-772. <https://doi.org/10.3406/ahess.1962.420879>
- Miton, H., & DeDeo, S. (2022). The cultural transmission of tacit knowledge. *Journal of the Royal Society Interface*, 19(195), 20220238. <https://doi.org/10.1098/rsif.2022.0238>
- Morse, J. M., & Penrod, J. (1999). Linking concepts of enduring, uncertainty, suffering, and hope. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(2), 145-150.
- Nazon, E., & Perron, A. (2014). Vers une approche pluraliste en sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 116, 6-12.
- Nelson, S., & Paul, P. (2020). The history of nursing education. L'histoire de la formation en sciences infirmières. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 6(2), Article 1.
- Oury, J. (s.d.). *Statut, rôle, fonction*. Clinique de La Borde. <http://cliniquedelaborde.pagesperso-orange.fr/Auteurs/OURY%20jean/Textes/texte11>
- Parkman, A. (2016). The imposter phenomenon in higher education: Incidence and impact. *Journal of Higher Education Theory and Practice*, 16(1), 51-60.
- Pelletier, J.F., & Davidson, L. (2015). À l'origine même de la psychiatrie comme nouvelle spécialité médicale : le partenariat Pinel-Pussin. *Santé mentale au Québec*, 40 (1), 19-33.
- Perreault, I., & Thifault, M. C. (2012). Les Soeurs de la Providence et les psychiatres modernistes : enjeux professionnels en santé mentale au Québec, 1910-1965. *Études d'histoire religieuse*, 78(2), 59-79.

- Perrin-Niquet, A. (2020). De l'infirmier de secteur psychiatrique à l'infirmier de pratique avancée en santé mentale et psychiatrie. *L'information psychiatrique*, 96(7), 511-517.
<https://doi.org/10.1684/ipe.2020.2142>
- Peterson, N. A., & Zimmerman, M. A. (2004). Beyond the individual: Toward a nomological network of organizational empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 34(1-2), 129–145. <https://doi.org/10.1023/B:AJCP.0000040151.77047.58>.
- Piron, F. (2017). Pour une science ouverte, juste et inclusive. *Revue canadienne de la recherche sur les adultes et la formation continue*, 29(2), 17-32.
- Piron, F., & Arsenault, D. (2021). Épistémologies du lien et recherche intersubjective. *Éducation et francophonie*, 49(2), 1-15.
- Poisson, M. (2015). L'EIEIS et la reconnaissance du service infirmier en France. *Soins Cadres*, 24(95), 54-57.
- Pollari, P. (2017). (Dis)empowering assessment? assessment as experienced by students in their upper secondary school EFL studies. *Jyväskylä studies in humanities*, (329).
- Ponet, B., & Fauconnier, C. (2016). Petite discussion autour du métier d'infirmier en psychiatrie aujourd'hui. *VST – Vie sociale et traitements*, 129(1), 48-54.
- Ponsard, N. (2008). L'engagement de jeunes ouvriers et étudiants dans le mouvement contestataire clermontois en Mai-Juin 68. *Siècles. Cahiers du Centre d'histoire «Espaces et Cultures»*, (28), 87-99.
- Porter, R. (1985). The patient's view. *Theory and society*, 14(2), 175-198.
- Poulat, E., Collière, M-F., Diebolt, E. (éds). (1988). Pour une histoire des soins et des professions soignantes. *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 66(2), 261-263.
www.persee.fr/doc/assr_0335-5985_1988_num_66_2_2494_t1_0261_0000_1

- Poupart, F. (2013). La bureaucratie, menace sur les soins infirmiers. *Santé mentale*, (182), 12-15.
- Revue d'histoire moderne & contemporaine. (2020). La psychiatrie hors de l'asile. Pour une nouvelle histoire de la folie à l'époque contemporaine. *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 67(1).
- Rissel, C. (1994). Empowerment : The holy grail of health promotion? *Health Promotion International*, 9(1), 39-47. <https://doi.org/10.1093/heapro/9.1.39>
- Serpsy - Soins Etudes et Recherches en PSYchiatrie. (s.d.). Site officiel. <https://serpsy.org/>
- Serpsy - Soins Etudes et Recherches en PSYchiatrie. (s.d.). Ancien site (archives). <http://www.serpsy1.com/>
- Sugiman, P. (2004). Memories of internment: Narrating Japanese Canadian women's life stories. *Canadian Journal of Sociology*, 29, 359-388.
- Tanda-Soyer, N., Eymard, C., & Alderson, M. (2014). État des lieux de l'initiation à la recherche en formation initiale en soins infirmiers : Recherche et professionnalisation. *Recherche en soins infirmiers*, 116(1), 70-80. <https://doi.org/10.3917/rsi.116.0070>
- Thomas, S. P. (2014). Emotional dirty work: a concept relevant to psychiatric-mental health nursing?. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(12), 905-905.
- Toman, C., & Thifault, M. C. (2012). Historical thinking and the shaping of nursing identity. *Nursing History Review*, 20(1), 184-204.
- Thifault, M. C., & Desmeules, M. (2009). La quête les archives des Soeurs de la Providence dans le cadre d'une recherche en histoire sur l'enfermement asilaire des femmes au Québec. *Aporia*, 1(4).
- Thifault, M. C. (2011). « Où la charité règne, le succès est assuré ! » Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 1901-1962. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 65(2-3), 179-201.

- Thifault, M. C. (Ed.). (2012). *L'incontournable caste des femmes : histoire des services de santé au Québec et au Canada*. University of Ottawa Press.
- Thifault, M. C. (2020). Un malaise flou en héritage : la construction du savoir infirmier enseigné au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, 143(4), 7-18.
- Thifault, M. C. (2019). « Imaginaire et sensibilités » : la mise en récit de la déshospitalisation psychiatrique en Ontario. *Canadian Bulletin of Medical History*, 36(1), 184-193.
- Thifault, M. C., & Kirouac, L. (2019). Les infirmières psychiatriques témoins d'un mouvement d'humanisation au cours des premières et deuxièmes vagues de la désinstitutionalisation au Québec (1960-1990). *Recherche en soins infirmiers*, (4), 99-108.
- Thilly, S. (2024). Des premiers enseignements aux sciences infirmières : approche sociohistorique de la formation infirmière et de ses formateurs. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 10(1), Article 100316.
- Thomson, A. (2007). Four paradigm transformations in oral history. *Oral History Review*, 34(1), 49-70. <https://doi.org/10.1525/ohr.2007.34.1.49>
- Tregouet, S. (2025). Pour une clinique de la professionnalité : le malaise dans les soins psychiques. *VST - Vie sociale et traitements*, 166(3), 93-98.
<https://doi.org/10.3917/vst.166.0093>
- Trégouët, S. (2018). Mal-être dans le groupe soignant : La professionnalité empêchée de l'infirmier·ère en psychiatrie. *VST – Vie sociale et traitements*, 140(4), 81-87.
<https://doi.org/10.3917/vst.140.008>
- Vincent-Ponroy, J., & Chevalier, M. (2018). La neutralité bienveillante : entre rigueur scientifique et posture clinique. *Recherches qualitatives*, 37(1), 85-101.

- Villers, de, G. (1996). Le guide d'entretien : un simple aide-mémoire ou un support structurant ? In J. Demoulin (Dir.), *Méthodologie de la recherche qualitative* (pp. 51-67). De Boeck.
- Villeneuve, B., & Thifault, M.-C. (2025). Désinvisibiliser l'empowerment psychologique des infirmiers de secteur psychiatrique. *Soins Cadres*, (158), 36-40.
- von Buelzingsloewen, I. (2015). Vers un désenclavement de l'histoire de la psychiatrie. *Le Mouvement Social*, 253, 3-11. <https://doi.org/10.3917/lms.253.0003>
- Weiner D. B. (1979). The apprenticeship of Philippe Pinel: a new document, "observations of Citizen Pussin on the insane". *The American journal of psychiatry*, 136(9), 1128–1134. <https://doi.org/10.1176/ajp.136.9.1128>
- Weiner, D. (1980). Philippe-Pinel et l'abolition des chaînes : un document retrouvé. *L'Information psychiatrique*, 56(2), 245-253.
- Wright, N., & Stickley, T. (2013). *Theories for mental health nursing: A guide for practice*. London: SAGE Publications.
- Zimmerman, M. A. (1990). Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of Community Psychology*, 18(1), 169-177. <https://doi.org/10.1007/bf00922695>
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment : Issues and illustrations. *American journal of community psychology*, 23(5), 581-599.

Thèses de doctorat et mémoires

- Ajoulat, I. (2007). *L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. Des processus multiples* [Thèse de doctorat, Université catholique de Louvain].
- Balvay, G. (1972). *L'infirmier des hôpitaux psychiatriques, sa formation, sa place dans la psychothérapie institutionnelle* [Thèse de médecine, Université de Grenoble].

- Couet, L. (2019). *Soigner la folie et collectionner "l'art des fous" : l'art asilaire au XIX^e siècle : archéologie de l'art brut* [Thèse de doctorat, Université de Bourgogne – Franche-Comté].
- Daumezon, G. (1935). *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* [Thèse présentée pour le doctorat en médecine].
- Fauvel, A. (2005). *Témoins aliénés et " Bastilles modernes" : une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914)* [Thèse de doctorat, Paris, EHESS].
- Harrisson, S. (2017). *Déshospitalisation psychiatrique au sein de la communauté francophone est-ontarienne, 1976-2006 : une approche sociohistorique* [Doctoral dissertation, Université d'Ottawa/University of Ottawa].
- Krzyzaniak, P. (2017). *Georges Daumézon (1912-1979) : un camisard psychiatre et pédagogue: une contribution singulière aux sciences de l'éducation* [Doctoral dissertation, Université Charles de Gaulle-Lille III].
- Leroux-Hugon, V. (1981). *Infirmières des hôpitaux parisiens, 1871-1916. Ébauches d'une profession* [Thèse de doctorat, Université Paris 7].
- Meylan, A. (1966). *L'infirmier des hôpitaux psychiatriques : Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession* [Thèse de doctorat en médecine, Faculté de Médecine de Lyon].
- De Miribel, J. (2017). *L'expérience infirmière en psychiatrie et santé mentale: enquête sur les dynamiques de professionnalisation et de construction du rapport au métier* [Doctoral dissertation, Université Charles de Gaulle-Lille III].
- Poisson, M. (2018). *L'école Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur (Lyon, 1965-1995): fabrique d'une élite et creuset pour l'émancipation des infirmières françaises du XX^e siècle* (Doctoral dissertation, École doctorale Normandie Humanités).

Rubinstein, S. (2020). *La sectorisation psychiatrique en France: Histoire d'une construction juridique et médicale* [Thèse de doctorat, Université Paris 8 Vincennes–Saint-Denis].

HAL Archives ouvertes. <https://hal.science/tel-04108440>

Sauzeau, J. (2008). *Transmission des savoirs et tutorat en psychiatrie : un double enjeu pour le Directeur des Soins* [Mémoire de Directeur des Soins, École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), Rennes].

Conférences

Blum, A., & Cerutti, S. (2017, 21 février). *L'histoire par le bas* [Conférence]. EHESP. <https://www.ehess.fr/fr/conf%C3%A9rence/lhistoire-par-bas>

Santé Mentale. (2019, 26 février). *Aude Fauvel : « Gardiens » et infirmiers en psychiatrie, une histoire inconnue*. RRSPSY. <https://www.youtube.com/watch?v=AP6umoDCG0U>

Articles de journaux

Bafoil, C. (2021, 13 septembre). À Bailleul, l'hôpital psychiatrique au bord de la rupture. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/09/13/a-bailleul-l-hopital-psychiatrique-au-bord-de-la-rupture_6094387_3224.html

Le Monde. (2024, 4 mai). *Psychiatrie : « Le manque d'attractivité des postes infirmiers en hospitalisation est criant »* [Tribune]. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/idees/article/2024/05/04/psychiatrie-le-manque-d-attractivite-des-postes-infirmiers-en-hospitalisation-est-criant_6231532_3232.html

Monnot, C. (2025, 19 février). Le psychiatre Mathieu Bellahsen réhabilité après avoir dénoncé l'enfermement illégal de patients. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/societe/article/2025/02/19/le-psychiatre-mathieu-bellahsen-rehabilite-apres-avoir-denonce-l-enfermement-illegal-de-patients_6216381_3224.htm

APPENDICES ANALYTIQUES

APPENDICE 1

Codage des verbatims et extraits d'entretiens des témoins

Système de codage et citation des extraits

Les extraits sélectionnés sont référencés selon un système de codage standardisé, en accord avec les principes de citation des sources non publiées en APA 7 (§ 8.36). Chaque citation dans le texte suit la structure suivante :

Code témoin, Extrait, Lignes

Par exemple :

« La folie est un art. » (JLA, 12-13)

Ce système repose sur trois éléments :

- **Code témoin** : Initiales du participant (ex. JLA pour Jean-Luc Ambert).
- **Lignes** : Numérotation des lignes concernées au sein de l'extrait (ex. 12-13).

Tableau des témoins de l'étude et du codage des extraits de récits de vie

Nom Prénom	Date d'obtention	Caractéristiques entretien	Code témoin	Pages
Ambert Jean-Luc	Diplômé ISP en 1976.	Entretien réalisé le 8 mars 2024 Entretien semi-directif Durée : 1 h 13 min Mode de réalisation : En présentiel au domicile de Mr Ambert. Consentement : Le participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées	AJL	pp.349-353
Brejnoi Corinne	Diplômé ISP en 1984.	Entretien réalisé le 9 mai 2024 Entretien semi-directif Durée : 1 h 55 min Mode de réalisation : Visioconférence via Teams, à la demande de la participante. Consentement : La participante a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées	BC	pp.353-357
Buisson Joëlle	Diplômé ISP en 1983.	Entretien réalisé le 9 décembre 2024 Entretien semi-directif Durée : 1 h 38 min Mode de réalisation : Visioconférence via Teams, à la demande de la participante. Consentement : La participante a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées	BJ	pp.358-359
Chalencon Monique	Diplômé ISP en 1973.	Entretien semi-directif Entretien réalisé le 20 novembre 2024 Durée : 1 h 18 min Mode de réalisation : En présentiel au domicile de Me Chalencon Consentement : La participante a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées	CM	pp.360-362
Daudin Evelyne	Diplômé ISP en 1974.	Entretien réalisé le 7 mars 2024 Entretien semi-directif Durée : 1 h 22 min Mode de réalisation : En présentiel au domicile de son conjoint, Mr Ranoux.	DE	pp.363-365

		Consentement : La participante a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées		
Dupeux Didier	Diplômé ISP en 1983.	Entretien réalisé le 8 mars 2024 Entretien semi-directif Durée : 1 h 31 min Mode de réalisation : En présentiel au domicile de Mr Dupeux Consentement : Le participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées	DD	pp.366-371
Erragne Jean-Pierre	Diplômé ISP en 1973.	Entretien réalisé le 18 février 2025 Entretien semi-directif Durée : 1 h 41 min Mode de réalisation : En visioconférence teams à la demande du participant Consentement : Le participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées	EJP	pp.372-376
Frobert Alain	Diplômé ISP en 1977.	Entretien réalisé le 2 juillet 2024 Entretien semi-directif Durée : 1h54 Mode de réalisation : Visioconférence via Teams Consentement : Le participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées	FA	pp.377-380
Hameau Marie-Therese	Diplômé ISP en 1972.	Entretien réalisé le 10 octobre 2024 Entretien semi-directif Durée : 1 h 18 min Mode de réalisation : Visioconférence via Teams, à la demande de la participante.	HMT	pp.381-382
Lamy Jocelyne	Diplômé ISP en 1975.	Entretien réalisé le 8 mars 2024 Entretien semi-directif Durée : 1 h 05 min Mode de réalisation : En présentiel au domicile de Me Lamy Consentement : La participante a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées	LJ	pp.383-386
Letourneau Dominique	Diplômé ISP en 1973.	Entretien réalisé le 12 décembre 2024 Entretien semi-directif Durée : 1 h 37 min Mode de réalisation : Visioconférence via Teams, à la demande du participant. Consentement : La participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées	LD	pp.387-389
Longerinas Francine	Diplômé ISP en 1973.	Entretien réalisé le 9 mai 2024 Entretien semi-directif Durée : 1 h 53 min Mode de réalisation : Entretien réalisé au domicile de Me Longerinas à Clermont-Ferrand Consentement : La participante a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées	LF	pp.390-392

Merlé Andre	Diplômé ISP en 1971.	Entretien réalisé le 18 février 2025 Entretien semi-directif Durée : 1 h 05 min Mode de réalisation : Appel téléphonique. Consentement : Le participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées	MA	pp.393-395
Poitre Jean-Michel	Diplômé ISP en 1973.	Entretien réalisé le 18 mars 2025 Entretien semi-directif Durée : 2h 07 min Mode de réalisation : Visioconférence via Teams, à la demande du participant.	PJM, E1	pp.396-398
		Entretien réalisé le 12 juin 2025 Entretien semi-directif Durée : 1h 47 min Mode de réalisation : en présentiel, lieu neutre	PJM, E2	pp.399-401
Ranoux Gilles	Diplômé ISP en 1976.	Entretien réalisé le 7 mars 2024 Entretien semi-directif Durée : 1 h 51 min Mode de réalisation : En présentiel au domicile de Mr Ranoux Consentement : Le participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées	RG	pp.402-404
Sœur Danielle Pezzali	Diplômé ISP en 1972.	Entretien réalisé le 20 décembre 2024 Entretien semi-directif Durée : 45 min Mode de réalisation : Visioconférence via Teams, à la demande de la participante. Consentement : La participante a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées	SDP	pp.405-406
Tapissier André	Diplômé ISP en 1970.	Entretien réalisé le 22 novembre 2024 Entretien semi-directif Durée : 1 h 31 min Mode de réalisation : En présentiel, au domicile de Mr Tapissier à Brassac les Mines (France). Consentement : Le participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées.	TA	pp.407-408
Vigier Dominique	Diplômé ISP en 1984.	Entretien réalisé le 18 novembre 2024 Entretien semi-directif Durée : 1 h 35 min Mode de réalisation : En visioconférence à la demande du participant. Consentement : Le participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées	VD	pp.409-411
		Entretien réalisé le 2 juin 2025 Entretien semi-directif Durée : 1 h 35 min Mode de réalisation : En visioconférence à la demande du participant. Consentement : Le participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées	VD 2	pp.412-413

Mr XY	Diplômé DE en 1981.	<p>Entretien réalisé le 29 novembre 2024 Entretien semi-directif Durée : 1h34 Mode de réalisation : Visioconférence via Teams Consentement : Le participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son des informations partagées avec volonté de conserver son anonymat</p>	XY	pp.414-415
Me XX	Diplômé ISP en 1984.	<p>Entretien réalisé le 1 mars 2024 Entretien semi-directif Durée : 1 h 35 min Mode de réalisation : En visioconférence à la demande du participant. Consentement : La participante a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son des informations partagées avec volonté de conserver son anonymat</p>	XX	pp.416
André Tapissier et André Merlé Entretien conjoint		<p>Entretien réalisé le 4 mars 2025 Entretien semi-directif Durée : 1 h 04 min Mode de réalisation : En présentiel chez Mr Merlé Consentement : Les participants ont donné leur consentement éclairé pour l'utilisation de leur identité et des informations partagées</p>	MA/ TA	pp.417-418

AJL

Ambert Jean-Luc

Entretien réalisé le 8 mars 2024

Durée : 1 h 13 min

Mode de réalisation : En présentiel au domicile de Mr Ambert.

Consentement : Le participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées

AJL

- (11) Ça, c'est une bonne question. 72, 73, le bac. Après, fac de droit, je me fais chier, c'est pas
- (12) mon truc. Je traînais un peu à la maison.
- (13) Mon père était responsable d'un labo pharmaceutique, il visitait les pharmaciens des hôpitaux.
- (14) Il était copain avec la pharmacienne-chef de Sainte-Marie, Madame Turpin.
- (15) Un jour, il lui a parlé : « ... mon fils fait pas grand-chose, j'ai l'impression que les études, ça le branche pas trop... »
- (16) Moi, j'avais envie de faire éduc spé, de m'occuper d'enfants, c'était mon truc.
- (17) Il y avait des concours infirmiers, c'était pas compliqué : un diplôme et un entretien avec un psychiatre.
- (18) Je me souviens de son nom, le docteur Lauxerois, médecin-chef. Ma femme a travaillé avec lui d'ailleurs.
- (19) Il m'a dit : « Pas de problème, vous allez pouvoir travailler avec les enfants. »
- (20) L'entretien s'est bien passé, donc je suis parti là-dessus, sans souci.
- (21) Je ne connaissais rien à la psychiatrie, j'étais complètement novice.

[...]

AJL

- (46) On a cassé l'école, les fenêtres, les bureaux, on a tout envoyé promener.
- (47) On a été plusieurs à passer en conseil de... je sais pas quoi... de discipline.
- (48) Moi, j'ai été sauvé par un surveillant où j'étais en stage.
- (49) J'en ai eu des copains qui ont été mis à la porte.
- (50) C'était Aubin, le directeur de l'école, un psychiatre, un peu...
- (51) Chez qui j'ai travaillé après, d'ailleurs.
- (52) Parce que le jour du diplôme, quand on finissait le cursus, le dernier stage, qui était un peu plus long,
- (53) on était diplômé d'un service où on était en stage.
- (54) Moi, il était hors de question que je reste dans ce service. Service de chroniques.
- (55) Aucun intérêt... Bon enfin, aucun intérêt pour moi. Le surveillant était un sale con.
- (56) Donc le lendemain du diplôme, le jour où j'ai eu le diplôme,
- (57) je suis allé voir ce médecin-chef qui s'appelait le docteur Aubin.
- (58) Je lui ai dit : « Ou je travaille chez vous, ou je m'en vais ».
- (59) Donc il y a eu une mutation.
- (60) Une fille de ma promo, qui était chez Aubin, est passée chez Ganglus, et moi, je suis arrivé.
- (61) J'ai fait toute ma carrière, enfin une partie, dans ce service.
- (62) Là, on avait une autonomie de travail extraordinaire hein.
- (63) Même par rapport aux collègues qui étaient dans d'autres services de médecins,
- (64) c'était pas comparable. On n'avait pas l'impression de faire le même travail.
- (65) Donc, diplômé en février 76, je suis rentré dans un service d'alcooliques, entre guillemets.
- (66) Ça s'appelait la Clinique.

[...]

AJL

- (253) Il y en avait plusieurs.
- (254) La première, c'est qu'ils nous prenaient pour des ânes, quoi.
- (255) On avait des cours d'hygiène, c'était de niveau élémentaire...
- (256) C'était catastrophique.
- (257) On a été plusieurs à s'énervier, dont Gilles.
- (258) Il vous en a pas parlé, Gilles, de ça ?

[...]

VB

- (295) Qu'est-ce qui vous a raccroché, hein ?
- (296) Qu'est-ce qui vous a fait tenir et continuer ?

AJL

- (297) Ce qui me raccrochait, c'était que je me disais :
- (298) Ce service... Je sais pas, je me rappelle plus la durée...
- (299) Mais c'est peut-être 4 mois, 5 mois...
- (300) Je tiens bon, et dans 4 mois, je fais autre chose.

VB

(301) D'accord.

(302) Et après, vous découvrez quelque chose ?

AJL

(303) Après, j'ai été chez Blandin, où il y avait une super équipe.

(304) Un service pas facile, avec des malades psychotiques, violents, compliqués...

(305) Mais une équipe extraordinaire.

(306) On se battait pour pas que l'autre travaille !

(307) Je me rappelle, j'étais avec un copain...

(308) Il était surveillant à l'époque...

(309) On se battait pour aller plus vite que l'autre et lui éviter de faire le boulot.

(310) Faire un lit, par exemple...

(311) Ah bah c'était des souvenirs, ça !

[...]

AJL

(349) Oui, c'est clairement les stages qui nous formaient. En plus, j'ai été embauché là où j'avais fait mon premier stage, c'était exactement le même service, donc je suis rentré en février 76 et j'y suis resté. Il y avait une super équipe avec beaucoup de jeunes, la moyenne d'âge était en dessous de 30 ans, avec un surveillant un peu plus vieux, dans les 40 ans. Toujours le même médecin, spécialisé vraiment sur les cures de dégoût, et on en faisait pratiquement une ou deux par jour, c'était...

VB

(350) Oh là là !

AJL

(351) Ah ouais ! On a eu des situations incroyables... On a fait des trucs, putain, si on racontait ça aujourd'hui...

(352) Tiens, une anecdote : on avait un mineur polonais de Saint-Éloy-les-Mines, dans les Combrailles. J'étais avec une petite jeune, quelqu'un qui avait deux ou trois ans de plus que moi en promo, et on devait lui faire la cure de dégoût tous les deux.

(353) Alors, on ne faisait plus les cures à l'apomorphine, parce que les premières que j'avais vues, c'était encore avec l'apomorphine.

VB

(354) Oui, j'ai vu une dame qui m'a dit qu'elle les faisait à l'apomorphine.

AJL

(355) Moi, j'ai pas connu ça, on faisait avec l'Espéral et tous les comprimés habituels, et lui devait boire de la bière.

(356) Donc, on va à la pharmacie chercher une bière, je me rappelle, c'était de la "C60".

VB

(357) À la pharmacie ?

AJL

(358) Oui, oui, à la pharmacie, C60 !

VB

(359) C'est rigolo à entendre, chercher des bières à la pharmacie !

AJL

(360) Ah, mais pire que ça. Moi, j'allais carrément chercher du Ricard à la pharmacie, du Ricard pour faire les cures de dégoût. Et je me rappelle que, quand il en restait, on se le gardait, bien sûr.

(361) Donc, on va chercher nos bières, une bière, deux bières, trois bières, quatre bières... L'autre, il nous regarde en souriant, l'air de dire : "Ça sert à rien, je vais boire tranquille".

VB

(362) Il ne bougeait pas ?

AJL

(363) Non, il bougeait pas du tout, ça ne lui faisait rien. On prenait les constantes : pas un signe, ni rougeurs, ni réaction...

(364) Au bout d'un moment, je dis : "Écoute, il faut faire quelque chose, parce que sinon, on va y passer la journée." On avait commencé à 9h, il était 11h, et toujours rien, pas la moindre réaction.

(365) Alors je dis à ma collègue : "Tu sais ce qu'on va faire ? On va lui mettre un peu d'alcool dans la bière."

(366) Je fonce à la pharmacie, je vais chercher une petite fiole d'alcool à 90°, on était cons, vraiment cons...

(367) Chhhhv ! On met ça dans la bière. Là, il s'en est rendu compte... et là, c'est parti.

(368) Bon, on n'a pas failli le perdre, mais on n'a pas rigolé non plus, parce que d'un coup, il a viré.

(369) Et il se foutait de notre gueule en plus : "Je peux boire hein, ça pose pas de problème."

VB

(370) Il était content.

AJL

(371) Ah là là... Il est monté direct à 18-19 de tension, et là, c'était plus la même histoire.

AJL-L5

AJL

- (409) Alors, c'était pas tous les mois, mais ça arrivait.
(410) Quand c'était pas moi, c'était un collègue.
(411) « *Putain, tu vois bien que tu es crevé, va te coucher un peu.* »
(412) Parce qu'à l'époque, on faisait la bringue quand même.
(413) Je sais pas aujourd'hui, mais à l'époque, on faisait la bringue.

VB

- (414) C'étaient des bringues d'équipe ou des bringues... ?

AJL

- (415) Il y avait de tout.
(416) Il y avait des bringues de service.
(417) Des bringues du médecin-chef.
(418) Des bringues de pavillon.
(419) On était 13-14, on faisait une bouffe par mois et une boîte derrière, presque tous.
(420) Il y avait aussi des bringues de l'ensemble.
(421) Et nous, en tant que stagiaires, comme on tournait un peu partout, on était invités partout.
(422) Si on était sympa, qu'on passait bien, on était invité dans toutes les bringues de tous les services.

[...]

AJL

- (464) Alors que nous, on n'a pas connu ça.
(465) Si, on avait des surveillantes qui nous faisaient chier...
(466) Elles voulaient qu'on nettoie les paillasses au coton-tige.
(467) Ça aussi, ça fait partie des trucs pour lesquels on s'est battus.
(468) Surtout les filles.
(469) Nous, on appelait ça les surveillants, maintenant c'est devenu les cadres de santé.
(470) Mais à l'époque, c'étaient des surveillants-maison.
(471) Sans aucun diplôme.
(472) Une infirmière plaisait aux sœurs, elle était bien dans le profil de la maison...
(473) Elle devenait surveillante.
(474) Et elle faisait chier le personnel.
(475) Elle faisait chier les infirmières.
(476) Et les stagiaires, j'en parle même pas.
(477) Moi, j'ai été syndiqué.
(478) J'avais pas encore le diplôme.
(479) Je dois être un des seuls.
(480) C'était très...
(481) S'ils l'avaient su, j'étais viré.
(482) J'étais syndiqué avant d'avoir passé le diplôme !
(483) Là, j'ai bossé, j'ai bossé.
(484) Mais je bossais presque plus à l'hôpital.
(485) J'avais... je sais pas combien d'heures.
(486) 30, 40 heures par mois, peut-être.
(487) Je me forçais à faire mes week-ends.

[...]

AJL

- (528) Ça, je m'en souviens bien.
(529) Parce que ça marque, quand même...
(530) Mais jamais, jamais le surveillant ne nous emmerdait.
(531) On se réunissait une heure : « *Toi, tu...* », et puis voilà.
(532) Moi, j'aimais travailler avec deux nanas.
(533) Un autre préférait bosser avec d'autres.
(534) Donc, on bossait toujours ensemble, par affinités.
(535) Si on avait besoin de changer, de passer du matin au soir,
(536) il n'y avait jamais aucun problème.
(537) Maintenant, je crois que ce n'est plus du tout comme ça.

[...]

AJL

- (597) On était vraiment ce qu'on appelait *infirmier de secteur*.
(598) Moi, j'en avais 7 ou 8, qui avaient été hospitalisés et qu'on suivait chez eux.
(599) La piqûre de neuroleptique classique, mais aussi autre chose.
(600) On montait à Besse...
(601) On ne nous voyait pas de la journée, pratiquement.

- (602) On mangeait avec eux.
- (603) Ils nous donnaient à manger chez eux.
- (604) Ah ouais, c'était sympa comme tout.
- (605) Et ça, on a fait ça longtemps.
- (606) Parce qu'à l'époque, il n'y avait pas encore le centre de jour d'Issoire.
- (607) Donc ils ne pouvaient pas redescendre.
- (608) De Clermont, on partait avec la 2 CV.
- (609) On avait des 2 CV...
- (610) Oh putain, on a fait des coups avec la 2 CV...
- (611) J'avais un berger qui était à Fontanas.
- (612) Fontanas, c'est vers Orcines.
- (613) On en avait marre des 2 CV.
- (614) Tous les autres services avaient des 4L.
- (615) Une 2 CV, ça ne marchait pas pour monter à Besse, dans les virages.

[...]

AJL

- (670) Oui, oui.
- (671) Plein d'activités, surtout l'après-midi.
- (672) Parce que le matin, ils avaient tous leur perf.
- (673) L'après-midi, ils étaient plus en forme.
- (674) Y avait la pétanque.
- (675) Le cinéma.
- (676) Les sorties.
- (677) Quelques psychothérapies.
- (678) Les groupes de parole.
- (679) La gym... on les emmenait à la gym, mais c'était nous qui la faisons.
- (680) On allait jouer au tennis, c'était nous les profs de tennis.
- (681) On faisait du ski de fond, c'était nous les moniteurs.
- (682) On allait à la piscine, c'était nous qui les accompagnions.
- (683) On n'avait pas d'éducateur sportif.
- (684) On a fait plein, plein de trucs.
- (685) Ma femme, elle, a fait plein de séjours thérapeutiques.
- (686) Moi, non.
- (687) Parce que mon service ne s'y prêtait pas.
- (688) C'était pas un service de chroniques.
- (689) Elle, elle a fait des séjours thérapeutiques.
- (690) Dont à Carcassonne.
- (691) Revel !
- (692) Chaque fois qu'on passe à Revel, on se rappelle des séjours thérapeutiques.

[...]

AJL

- (744) Ah ben aujourd'hui, il n'y a plus aucune autonomie.
- (745) J'ai l'impression que... De ce que j'entends...
- (746) Ils passent leur temps sur les ordis.
- (747) Ils ne sont plus au lit du malade.
- (748) Ils ne les voient plus.
- (749) Ils sont toujours en train de faire de l'administratif.

BC

Brejnoi Corinne

Entretien réalisé le 9 mai 2024

Entretien semi-directif

Durée : 1 h 55 min

Mode de réalisation : Visioconférence via Teams, à la demande de la participante.

Consentement : La participante a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées

BC

- (100) Pas seulement pour les étudiants, aussi pour les patients.
 - (101) Je suis entrée à Saint-Jean-de-Dieu en août 1984.
 - (102) C'était un institut de formation réputé comme avant-gardiste.
 - (103) Les formateurs voulaient expérimenter de nouvelles approches pédagogiques.
 - (104) Quand j'ai été acceptée, j'ai appris que la formation ne suivait pas les standards classiques.
 - (105) Ils avaient fait le choix de stages très longs, contrairement aux stages courts habituels.
 - (106) Sur les trois ans de formation, les stages duraient 11 à 12 semaines minimum.
 - (107) Ils refusaient les stages de 3 ou 4 semaines, considérant que c'était trop court pour s'intégrer à une équipe.
 - (108) C'était leur postulat : une vraie immersion nécessitait du temps.
 - (109) J'avoue que c'était une très bonne approche.
 - (110) Cette durée de stage nous a permis de participer à des groupes d'analyse de pratiques en psychiatrie.
 - (111) On intégrait réellement les équipes et leurs dynamiques.
 - (112) En dehors de mes heures de stage, j'ai aussi assisté à des analyses de pratique.
 - (113) Elles avaient lieu en dehors de l'institution, dans un immeuble à Vénissieux.
 - (114) Nous échangeions avec des professionnels sur nos expériences de terrain.
 - (115) C'était une approche assez unique.
- services de patients chroniques

[...]

BC

- (245) J'ai vu toute la panoplie des services, et sur des durées longues.
- (246) Ce que j'ai beaucoup appris, c'est le support à la relation.
- (247) J'ai travaillé sur la relation thérapeutique et son ancrage dans différents supports.
- (248) Je me suis adaptée à diverses approches, par exemple, j'ai fait de la balnéothérapie avec les enfants.
- (249) Plus tard, quand j'ai travaillé à Sainte-Marie, j'ai monté un atelier piscine pour les adultes, qui a duré des années.
- (250) Il y avait un véritable enjeu à faire bouger les patients, à les faire pratiquer un sport.
- (251) La relaxation dans l'eau, notamment, avait un grand intérêt.
- (252) J'ai notamment monté un groupe dans une piscine chaude à Clermont-Ferrand.
- (253) J'avais emmené mon fils là-bas en bébé nageur, et ensuite, j'ai pris un contrat avec eux.
- (254) Beaucoup de patients avaient peur de l'eau, avaient du mal à se détendre.
- (255) Je n'avais pas de formation spécifique en relaxation, mais l'expérience avec les patients dans l'eau chaude était très enrichissante.
- (256) C'était expérimental, je n'y allais pas avec un cadre strict.
- (257) Il faudrait qu'on parle du volet formation, car à Sainte-Marie, nous avons eu énormément de formations, et c'était exceptionnel.

[...]

BC

- (570) Oui, oui... Très fort, oui.
- (571) J'ai souvent eu...
- (572) Les médecins ont souvent été des révélateurs dans ma carrière.
- (573) Vraiment.
- (574) C'est un peu comme en photographie...
- (575) Ils ont développé mon parcours, comme un révélateur développe une image.

VB

- (576) Je vais rester là-dessus.
- (577) Après, je parlerai plus de comment on m'a intégrée dans l'équipe.

BC

- (578) J'ai toujours eu besoin du regard du médecin-chef, ou du médecin de l'unité.

VB

- (579) Comment dire ça ?

BC

(580) Par exemple, je suis entrée à Sainte-Valérie, mais je n'y suis pas restée très longtemps.

(581) Quatre ans.

(582) Ce n'est pas énorme, mais c'est un temps certain.

(583) J'y suis restée de 1990 à 1994, jusqu'à la naissance de mon fils.

(584) J'ai un fils, Charles, né en 1994.

(585) Et au bout de ces quatre ans, le médecin-chef, le docteur Romain, m'a dit :

(586) *"Vous n'allez pas rester infirmière toute votre carrière, hein ?"*

(587) À ce moment-là, je venais d'avoir mon fils.

(588) J'ai pris trois ans de mi-temps pour m'en occuper.

(589) Puis, en revenant, j'ai été affectée à l'hôpital de jour de la gare.

(590) Et là...

(591) Ça a été un tournant dans mon parcours.

[...]

BJ

(923) Non, non, c'était très vif.

(924) J'y suis allée avec Dominique Vigier et d'autres anciens infirmiers de Sainte-Marie.

(925) C'était une période douloureuse.

(926) Comme si on anéantissait quelque chose.

VB

(927) Oui...

BJ

(928) On nous retirait une reconnaissance.

(929) Nous avions suivi une formation de qualité, nous étions formées en psychiatrie.

(930) Et tout d'un coup, on nous disait que ça ne comptait plus.

(931) C'était comme si notre identité professionnelle était remise en question.

(932) Plus tard, en devenant cadre, j'ai pu travailler sur ce sentiment de déclassement.

(933) Je me suis investie dans l'encadrement pour prouver que nos pratiques étaient de qualité.

(934) J'assistais aux synthèses cliniques et aux réunions avec les familles, et j'étais souvent celle qui soulignait les incohérences des critiques faites à la psychiatrie.

(935) Par exemple, certains disaient :

"Ah, mais cet étudiant n'a rien appris, il a fait son stage en psychiatrie ou en EHPAD."

(936) Je leur répondais :

"Et alors ? Pourquoi faudrait-il obligatoirement passer par les urgences du CHU ou la cardiologie pour être un bon infirmier ?"

(937) Encore l'année dernière, avant mon licenciement, j'ai entendu ce type de remarques.

(938) *"Évidemment, vous avez vu son parcours, il est passé par Sainte-Marie..."*

[...]

BJ

(1432) Vous ne pouvez plus rien tenir, même avec toute la bonne volonté du monde.

(1433) Les nouveaux arrivants s'enferment, ils ont peur des patients.

(1434) Les protocoles ont tout écrasé.

(1435) "Si ce n'est pas écrit dans le protocole, on ne le fait pas."

(1436) Résultat : plus de bon sens infirmier, plus d'initiative.

(1437) On est sous le joug d'un directeur général qui ne pense qu'en termes de procédures :

"Attention, attention, vous n'avez pas le droit de faire ça..."

(1438) C'est la fin.

(1439) Qu'est-ce que vous voulez tenir de cohérent au milieu de tout ça ?

(1440) À un moment, je n'en voulais même plus aux jeunes de se protéger.

(1441) Et puis, il n'y a plus ces médecins engagés, ceux qui arrivaient le matin à l'heure, pas à 10 ou 11h pour repartir à 16h chercher leurs enfants.

(1442) Moi, j'ai travaillé avec des bosseurs.

(1443) Des médecins présents jusqu'à 20h, qui venaient aux inter-équipes pour ramener de la psychopathologie, du sens au travail infirmier.

(1444) Mais tout ça a disparu.

(1445) Aujourd'hui, les cadres sont enfermés dans leur bureau, ils font semblant de gérer des plannings.

(1446) Les cadres sup qui m'ont remplacée ?

(1447) J'ai des échos : ils ne comprennent rien à la maladie mentale.

(1448) Ils ne s'approchent jamais des patients, ils ne mettent jamais les pieds dans les services.

(1449) C'est la débandade.

BC

Buisson Joelle

Entretien réalisé le 9 décembre 2024

Durée : 1 h 38 min

Mode de réalisation : Visioconférence via Teams, à la demande de la participante.

Consentement : La participante a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées

[...]

BJ

(117) Mais comme j'ai échoué, je me suis tournée vers la psychiatrie, et je ne le regrette absolument pas.

VB

(118) Ça, c'est intéressant, on y reviendra.

BJ

(119) Oui, on en reparlera, mais je pense que j'ai fait le bon choix à ce moment-là.

(120) On dit souvent que ce n'est pas un hasard si on arrive en psychiatrie.

(121) Nos psychiatres nous l'ont répété pendant des années.

VB

(122) Oui, et eux aussi, d'ailleurs.

(123) Donc, l'école... Vous démarrez en première année ?

BJ

(124) Oui.

VB

(125) Quel était votre regard sur cette première année ?

BJ

(126) Alors...

VB

(127) Allez-y franchement, dites-moi comment vous l'avez vécue.

BJ

(128) En fait, on a commencé par peut-être quinze jours de cours.

(129) Mais très vite, on a été plongé dans les services.

(130) On n'avait pas de long temps de théorie avant la pratique.

(131) Je crois qu'on avait trois semaines de cours, puis trois semaines de stage.

(132) L'école était directement dans l'hôpital, donc on traversait les couloirs, les petites cours...

(133) Il y avait des patients partout.

VB

(134) Oui.

BJ

(135) Et certains patients psychotiques avaient des symptômes très marqués.

(136) On avait peur, en tant que jeunes filles qui débarquaient là-dedans.

(137) Au début, on prenait ça à la légère, mais on s'est habituées.

(138) Puis sont arrivés les premiers stages...

(139) Mon premier stage était en géro-psycho-geriatrie.

(140) L'équipe était super, mais j'étais face à des patients grabataires, âgés...

(141) Pendant trois jours, j'ai voulu abandonner.

(142) Je me disais que ce n'était pas possible, que je ne tiendrais pas.

(143) Je n'avais aucune notion réelle de la maladie.

(144) Mais au quatrième jour, j'ai eu un déclic... et je suis restée quarante ans.

VB

(145) Ah oui !

BJ

(146) Oui, ça a été dramatique au début.

(147) Les trois premiers jours, j'ai pleuré, j'étais prête à partir.

(148) Et puis je suis restée...

(149) Certainement grâce à l'équipe infirmière qui m'a accueillie.

(150) C'étaient des infirmiers extraordinaires, ils m'ont sûrement aidée à tenir.

VB

(151) Ah oui ?

BJ

(152) Je ne m'en souviens pas exactement, mais je pense que c'est eux qui m'ont fait rester à Sainte-Marie.

[...]

BJ

(491) Là, ça a été très dur.

(492) J'ai cru que j'allais quitter Sainte-Marie.

(493) Le travail, je connaissais, ce n'était pas le problème.

(494) Mais l'ambiance...

(495) Entre collègues, ça allait, mais la cadre...

(496) Hyper rigide.

VB

(497) C'était encore ce qu'on appelait « surveillante » à l'époque ?

BJ

(498) Oui, c'étaient des civiles, mais on les appelait surveillantes.

(499) Aujourd'hui, on dirait cadre supérieur.

(500) Mais elle nous terrorisait...

(501) On ne nous appelait même pas par notre prénom.

VB

(502) Oui.

BJ

(503) Elle nous appelait par notre nom de famille, jamais par notre prénom.

VB

(504) Oh là là...

BJ

(505) C'était comme dans l'armée, franchement.

(506) On était presque dans un régime militaire.

(507) On entendait ses talons claquer dans les couloirs le matin.

(508) Elle portait des petites sandalettes en bois...

(509) Quand elle arrivait avec ses talons hauts, tout le monde se mettait en ordre.

(510) On était au petit-déjeuner, on avait une heure tranquille avant la journée...

(511) Mais dès qu'elle arrivait à 7h00, alors qu'on était là depuis 6h00, c'était le stress immédiat.

(512) Pendant cinq ans, elle nous a mis une pression monstre.

[...]

BJ

(911) Pourtant, ce qu'on faisait depuis 20-25 ans, même si on appelait ça de l'occupationnel, c'était aussi du soin.

(912) Mais quand on est arrivées, on nous a prises pour des stagiaires.

(913) Franchement, on a été mises à l'écart, considérées comme des novices.

(914) Il y a eu des situations difficiles, même inacceptables.

VB

(915) Ah ouais...

BJ

(916) Oui, il a fallu se battre.

(917) Il y a eu un conflit, on a été rejetées.

(918) C'était lourd.

[...]

BJ

(965) Ah oui, oui, oui, moi j'adorais ça.

(966) J'ai réussi à garder ce travail de suivi à domicile.

(967) Après, on a changé de médecin.

(968) Celui qui est arrivé était contre les visites à domicile.

(969) Quand une autre médecin est arrivée, j'ai dû me battre pour continuer.

VB

(970) Pourquoi vous avez dû vous battre pour garder ça ?

BJ

(971) Parce qu'on voulait nous l'enlever, tout simplement.

VB

(972) C'était les médecins ou l'équipe qui voulaient arrêter ?

BJ

(973) Les médecins.

(974) Ah oui, c'étaient eux.

VB

(975) Pour redistribuer le temps ailleurs ?

BJ

(976) Je ne sais pas trop, mais oui, sûrement.

(977) Ils ne voyaient pas l'intérêt d'aller faire du soin à domicile.

[...]

BJ

(1010) On était soudées, toutes les trois.

(1011) On s'est beaucoup aidé les unes les autres pour continuer à défendre nos idées.

(1012) Mais nos idées ne passaient plus.

(1013) Elles n'étaient plus reçues de la même façon.

VB

(1014) Qu'est-ce qui ne marche pas ?

(1015) Qu'est-ce qui coince ?

(1016) C'est des visions différentes ?

(1017) Des incompréhensions ?

(1018) Un problème de génération ?

BJ

(1019) Ben, on nous renvoyait gentiment que...

(1020) Qu'on était un peu vieilles.

(1021) Que ce n'était plus comme ça maintenant.

(1022) Qu'on avait traversé les âges et qu'il fallait évoluer.

VB

(1023) Ouais... mais si on précise, c'est quoi les différences pour vous ?

(1024) Une ou plusieurs différences que vous voyez entre hier et aujourd'hui ?

BJ

(1025) La prise en charge du patient.

(1026) Le patient lui-même, sa pathologie.

(1027) Le patient qui nous appelle dans sa souffrance.

(1028) Et ça, j'ai l'impression qu'on ne le voit plus beaucoup.

VB

(1029) Hum...

BJ

(1030) Alors, je ne dis pas qu'ils n'ont pas d'empathie, loin de là...

(1031) Mais... c'est superficiel, je trouve.

(1032) Je ne sais pas... c'est une prise en charge plus... distante.

VB

(1033) D'accord.

BJ

(1034) Avant, dans le centre de jour, il y avait de l'accueil.

(1035) On était au milieu des patients, c'était une présence, simplement une présence.

VB

(1036) Oui.

BJ

(1037) Mais ça, ce n'est plus le cas maintenant.

(1038) Il faut faire du chiffre.

(1039) Il faut faire de l'acte.

(1040) Parce que maintenant, on rentre les actes.

(1041) Ça dure une demi-heure, c'est comptabilisé, c'est rentabilisé.

(1042) Tout ce qui était informel, ça n'a plus de place.

(1043) Ça n'a plus de place en psychiatrie, dans la comptabilité.

(1044) Ça ne peut pas se quantifier.

(1045) Et moi, j'ai fini ma carrière avec le COVID...

VB

(1046) Ah oui, la comptabilité...

BJ

(1047) Oui... et ça, ça a été la noirceur.

(1048) J'ai fini avec le COVID, et avec lui, tout s'est refermé.

(1049) On n'accueillait plus les patients comme avant.

[...]

BJ

(1113) Elle n'a pas osé me le demander directement.

(1114) Je pense qu'elle respectait les anciens.

(1115) C'était une dame, une Roumaine, qui avait beaucoup de respect pour les générations d'avant.

(1116) Mais elle passait par les jeunes pour nous faire passer ses consignes.

VB

(1117) C'est intéressant... ça appuie votre propos.

BJ

(1118) Oui, oui...

(1119) La hiérarchie, maintenant, c'est devenu un carcan.

(1120) L'administration, les cadres supérieurs...

(1121) Ils laissent très peu de marge de manœuvre aux cadres des services.

(1122) Et le cadre du service, lui aussi, était obtus sur certaines choses...

VB

(1123) Un.

BJ

(1124) Il n'était pas du tout favorable à ces déplacements.

(1125) En visite à domicile en plus...

VB

(1126) Ben oui, mais il y a toujours ces histoires de sécurité, de risque zéro...

BJ

(1127) Voilà, voilà...

(1128) Et pour la cuisine, on faisait des ateliers cuisine...

(1129) Mais avec la sécurité, la qualité, tout ça... ça a fini par disparaître.

(1130) Il ne fallait plus faire de goûters, plus rien faire manger...

VB

(1131) Oui.

BJ

(1132) Bon, il y a eu le COVID, c'est vrai... mais c'était déjà en place avant.

(1133) Voilà, c'était l'ambiance.

VB

(1134) Oui, tout ça était déjà intégré.

BJ

(1135) En fait, je crois que c'est le poids de toutes ces contraintes.

VB

(1136) Oui.

BJ

(1137) Des contraintes matérielles...

VB

(1138) On pourrait presque dire qu'avant même le COVID, on était déjà sous la pression d'un paradigme de qualité, de sécurité... et que le COVID est venu enfoncer le clou.

BJ

(1139) Ah oui, complètement !

VB

(1140) Oui, je partage complètement cette vision.

BJ

(1141) Moi, quand je suis partie, je n'ai jamais retrouvé le travail d'avant le COVID...

VB

(1142) Oui, j'arrive à la fin... Mais il y a un point que je voulais aborder avec vous.

(1143) En 1992, il y a eu la fusion du diplôme des ISP avec le diplôme d'État commun...

(1144) Vous avez un souvenir de cette date ?

(1145) Comment vous l'avez vécu ?

(1146) Certains l'ont vécu avec indifférence, d'autres comme une blessure, d'autres comme un vol...

(1147) Et vous ?

BJ

(1148) Ah...

(1149) Moi, je ne sais pas trop...

(1150) Je ne sais pas si on peut dire...

(1151) J'ai pas trop d'idées là-dessus...

(1152) Mais je sais qu'on a eu un diplôme d'État...

VB

(1153) Oui ?

BJ

(1154) On a été reconnus.

(1155) Une reconnaissance, peut-être, oui...

(1156) Mais moi, je n'ai pas fait les stages pour l'équivalence.

VB

(1157) Ah oui, vous n'avez pas fait ces 4 ou 6 mois à l'hôpital général ?

BJ

(1158) Non, avant qu'on nous l'attribue à tous, il y a des personnes qui sont allées faire ces stages dans les CHU.

(1159) Et ça s'est très mal passé.

(1160) Moi, j'ai une copine qui a vécu un enfer là-haut...

(1161) Arriver stagiaire dans un CHU pour cette équivalence, c'était compliqué, très compliqué.

(1162) Alors nous, derrière, on n'a pas enchaîné...

(1163) Et je crois qu'on nous a finalement donné l'équivalence.

VB

(1164) D'accord, donc vous avez reçu un diplôme pour ça ?

BJ

(1165) Ah oui, oui.

(1166) Moi, je me suis déplacée à l'ARS pour aller le chercher.

(1167) J'ai fait ma demande.

[...]

VB

(1239) Un événement, une prise en charge marquante, une relation avec un patient, un moment d'équipe, une initiative que vous avez portée...

(1240) Quelque chose qui vous a marqué, mais de manière positive.

BJ

(1241) Ah, sans hésiter, mes visites à domicile.

(1242) Vraiment, mes visites à domicile.

VB

(1243) Par exemple ?

BJ

(1244) J'ai eu énormément de plaisir à partager ces moments avec les patients chez eux.

(1245) Être dans leur milieu, me mettre à leur niveau, c'était la meilleure façon de les prendre en charge.

(1246) Pour moi, c'est ça, la meilleure prise en charge que j'ai pu faire.

VB

(1247) C'est s'inscrire dans la relation, vraiment, hein ?

BJ

(1248) Exactement.

(1249) Être face à face avec le patient, parler de ses problèmes là où il vit, c'est ça, c'est...

(1250) C'est le cœur du métier, en fait.

VB

(1251) Ah ouais, ouais.

BJ

(1252) J'ai eu une immense satisfaction à faire ça.

(1253) J'ai vraiment lutté pour que ça continue après mon départ.

(1254) Et j'ai quitté tout ça avec beaucoup d'émotion.

CM

Chalencon Monique

Entretien réalisé le 20 novembre 2024

Durée : 1 h 18 min

Mode de réalisation : En présentiel au domicile de Me Chalencon

Consentement : La participante a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées

[...]

VB

(103) Elles enseignaient donc la pratique.

(104) Pouvez-vous me parler de votre premier contact direct avec la psychiatrie ?

(105) Vos premiers stages, comment ça s'est passé pour vous ?

CM

(106) J'avais 18 ans quand je suis arrivée dans ce service. L'infirmière était sympathique.

(107) On m'a amenée dans un petit dortoir de 4 ou 5 lits, avec des patientes âgées.

(108) On m'a dit : "Tu la lèves, tu la laves, et voilà."

(109) On m'a expliqué rapidement où était le linge, comment plier, et comment aider pour les repas.

VB

(110) C'était votre premier contact avec la psychiatrie ?

CM

(111) Oui, premier contact.

(112) On nous a attribué nos blouses blanches.

[...]

VB

(196) Si jamais vous retrouvez des archives personnelles, cela pourrait être intéressant.

(197) Vous êtes diplômée, vous arrivez dans un service que vous connaissez déjà bien.

(198) Quelles étaient vos fonctions en tant qu'infirmière débutante ?

CM

(199) Diplômée ou pas, ça ne changeait pas grand-chose à nos tâches quotidiennes.

(200) On faisait tout ensemble : les lits, les toilettes, la préparation des médicaments.

(201) On se relayait pour les soins, les injections.

(202) On s'occupait aussi du linge, on le triait et le rangeait dans les placards.

[...]

CM

(283) Oui, tellement que nous avons organisé des séjours thérapeutiques de plusieurs jours.

(284) Tout se passait bien, mais au retour, une surveillante nous a reproché ces sorties.

(285) Elle nous disait que ce n'était pas une bonne idée.

(286) Quand je lui ai demandé pourquoi, elle a répondu :

(287) "Parce qu'ils reviennent moins bien. Ils ont été heureux pendant 5 ou 6 jours, et maintenant ils retrouvent la difficulté de l'hôpital."

[...]

VB

(372) Et vous, vous encadriez quelle activité ?

CM

(373) Moi, j'accompagnais au ski.

(374) On allait souvent au Guéry, une station proche avec beaucoup de neige.

(375) On y emmenait les patients pour des sorties à la journée.

(376) Parfois, on participait aussi à des compétitions.

(377) C'était compliqué pour eux, car certains avaient un ralentissement dû aux traitements.

(378) Il fallait gérer la fatigue, le froid, les difficultés physiques.

(379) Certains étaient trop couverts, ce qui les gênait dans leurs mouvements.

VB

(380) Ah oui, je vois le problème.

(381) Vous avez dit que vous alliez arrêter ?

CM

(382) Non, on a continué malgré les difficultés.

(383) On a fait beaucoup de sorties.

VB

(384) Donc ces patients étaient encore hospitalisés, mais ils participaient aux activités sportives ?

(385) Les équipes extérieures collaboraient avec vous ?

CM

(386) Oui, il y avait une bonne coopération entre les soignants et les structures sportives.

VB

(387) Vous étiez impliquée dans cette activité parce que vous êtes sportive ?

CM

(388) Non, pas spécialement !

(389) Mais j'aimais voir les patients s'épanouir à travers ces expériences.

VB

(390) Les patients s'intéressaient vraiment aux activités sportives ?

CM

(391) Oui, certains étaient très impliqués.

(392) Cela créait du lien, une solidarité entre eux.

(393) C'était un moment de détente et de partage.

VB

(394) En tant qu'infirmier, lorsqu'on encadre un groupe en sortie, on pense forcément aux risques...

(395) Chutes, fugues... Aviez-vous cette appréhension ?

(396) Aujourd'hui, on est très focalisés sur la prévention des risques.

(397) Comment abordiez-vous cette question à l'époque ?

CM

(398) Lorsqu'on organisait un séjour, on prévoyait toujours un hôpital de référence.

(399) Le médecin-chef envoyait un courrier au médecin du lieu où nous allions, au cas où un patient ait besoin de soins.

(400) Ensuite, pour les autres incidents, on gérait au mieux... Comme à Paris, avec le commissariat et l'hôpital.

VB

(401) Mais tout était planifié en amont, avec des points de chute sécurisés.

(402) Ma question porte plus sur l'attitude de l'hôpital : y avait-il des freins à vos projets ?

CM

(403) Je ne sais pas...

VB

(404) Car vous faisiez des choses très innovantes.

(405) Avez-vous rencontré des résistances, des réticences ?

CM

(406) Pas vraiment.

(407) Au début, on sortait peu, mais plus tard, cela s'est développé.

(408) Le principal frein aurait été l'argent, mais on trouvait toujours des solutions économiques.

(409) Par exemple, on a organisé un séjour dans une annexe d'un hôpital à Privas.

(410) Cet hôpital possédait une grande maison de campagne qu'ils nous ont prêtée.

VB

(411) Donc vous faisiez preuve d'ingéniosité pour minimiser les coûts.

CM

(412) Oui, tout était optimisé.

(413) Nous faisions les repas nous-mêmes, avec les patients.

(414) C'était une occasion pour eux d'aller faire les courses, de cuisiner, de retrouver une autonomie.

(415) L'idée était de leur redonner le goût de s'occuper d'eux-mêmes.

VB

(416) Comment viviez-vous votre métier à ce moment-là ?

(417) Vous sentiez-vous épanouie ?

(418) Ou bien une routine s'installait-elle ?

CM

(419) Non, c'était stimulant, car il y avait toujours un nouveau projet.

(420) Après le club, j'ai quitté pour créer autre chose.

VB

(421) C'était avec madame Hameau ?

CM

(422) Oui, madame Hameau était là.

(423) Nous avons travaillé sur un projet d'hôpital de jour.

VB

(424) Un projet totalement neuf ?

CM

(425) Oui, c'était une création.

(426) On a choisi l'emplacement, l'architecture, l'organisation des pièces.

(427) Le volume était déterminé, mais nous avons sélectionné les meubles, la décoration.

(428) L'idée était d'y accueillir les patients du club, mais aussi de nouveaux patients.

(429) Toute l'équipe a déménagé avec les patients vers ce nouvel espace.

VB

(430) Les patients ont-ils participé aux choix ?

CM

(431) Oui, ils ont choisi les couleurs, c'était un très beau projet.

(432) Le bâtiment avait un grand jardin au centre, une propriété entourée de verdure.

[...]

VB

(483) 1994-95, d'accord.

(484) Vous avez eu accès à de nombreuses formations.

(485) Était-ce facile d'y accéder à Sainte-Marie ?

(486) Pouviez-vous choisir celles que vous vouliez ?

CM

(487) Oui, on choisissait nos formations.

(488) Mais les formations longues et coûteuses demandaient un effort personnel.

(489) J'ai dû poser des jours de congé et financer mon hébergement moi-même.

(490) Par exemple, ma formation à Dijon durait deux ans, avec une semaine de cours par mois.

(491) C'était un gros budget.

VB

(492) Ces formations vous ont apporté beaucoup personnellement, non ?

(493) Quelle était votre première formation ?

CM

(494) L'analyse transactionnelle.

(495) Je pense que cela aurait dû faire partie du cursus initial de développement personnel.

[...]

CM

(529) Non, ce n'est pas important.

(530) Mais il y avait une blague qui circulait : on disait que ceux qui allaient souvent en formation cherchaient à divorcer.

VB

(531) Ah, parce qu'ils partaient fréquemment !

(532) C'est amusant, mais cela révèle aussi quelque chose sur la perception de la formation.

(533) Chercher à s'enrichir intellectuellement n'était donc pas forcément bien perçu ?

CM

(534) Non, nous étions vues comme celles qui voulaient toujours innover.

(535) Ce n'était pas forcément apprécié.

(536) Sauf dans certaines petites équipes où nous étions respectées pour cela.

(537) Mais globalement, ce n'était pas valorisé.

[...]

VB

(616) Votre approche repose donc sur l'écoute et l'accueil du vécu du patient, sans chercher à tout rationaliser immédiatement.

(617) Aviez-vous le temps d'être auprès des patients ?

CM

(618) Oui, à cette époque, on avait du temps.

(619) On n'était pas accaparés par l'administratif.

(620) Je me souviens d'un dimanche où l'administration nous a appelés.

(621) Ils nous envoyaient un patient qui avait tenté de se jeter sous un train.

(622) L'ordre était de le mettre à l'isolement dès son arrivée.

(623) Quand il est arrivé, accompagné des pompiers, il était complètement détruit.

(624) Il avait écrit une lettre avant sa tentative.

(625) Son couple venait de se briser, il n'en pouvait plus.

(626) Le médecin nous a dit : "Il faut l'attacher pour éviter qu'il ne se suicide."

DE

Daudin Evelyne.

Entretien réalisé le 7 mars 2024

Durée : 1 h 22 min

Mode de réalisation : En présentiel au domicile de son conjoint, Mr Ranoux.

Consentement : La participante a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées

[...]

DE

(15) On devait baptiser mon petit frère le dimanche suivant.

(16) Le vendredi, maman est allée chez le coiffeur pendant que nous étions au collège... ou peut-être au lycée, je ne sais plus exactement.

(17) Elle nous avait demandé de passer la voir chez le coiffeur pour nous donner une liste de courses, parce qu'elle n'avait pas le temps d'y aller elle-même.

(18) On est donc passées, on a récupéré la liste, puis on est allées faire les courses tranquillement.

(19) Tout d'un coup, le voisin, qui était épicier, est arrivé en courant.

(20) Il nous criait : "Venez vite, venez vite, votre mère est morte ! Votre mère est morte !"

(21) On était dans la rue, complètement abasourdies, on ne comprenait rien.

(22) On venait de la voir une heure avant, tout semblait normal.

(23) Il nous a fait monter dans son camion, on est allées sur place... et c'était bien réel, c'était arrivé.

(24) Après ça, nous avons surtout vécu chez nos grands-parents paternels, qui avaient été désignés tuteurs légaux après le décès de notre père.

VB

(93) Et sur les soins eux-mêmes, que se pratiquait-il dans les années 70 ? Quels étaient les traitements proposés aux patients ?

DE

(94) Oh oui, il y en avait.

(95) Il y avait les cures de Sakel, c'est-à-dire les cures d'insuline.

(96) Il y avait aussi les PAC, les électrochocs...

(97) À l'époque, les électrochocs n'avaient rien à voir avec ceux d'aujourd'hui.

(98) Aujourd'hui, ils sont réalisés dans des salles adaptées, sous surveillance et avec une prise en charge médicale précise.

(99) À l'époque, c'était au pied du lit du patient.

(100) L'anesthésiste venait, faisait son travail, puis plusieurs soignants devaient maintenir le patient en place.

(101) On lui tenait les épaules, les bras, les coudes, les genoux, tout, pour limiter les secousses.

(102) Maintenant, l'intensité des convulsions est calculée en fonction de la morphologie et du poids du patient.

(103) Mais avant, c'était une dose unique pour tout le monde.

(104) Pire encore, certaines patientes ne pouvaient pas être anesthésiées, et elles subissaient le traitement à vif. C'était terrible.

VB

(105) C'étaient donc des soins pratiqués à l'époque...

DE

(106) Oui, et il y avait aussi les cures d'insuline, qui n'étaient pas sans risques.

(107) Certains patients en sont morts.

VB

(108) Je n'ai pas pratiqué ces soins, bien sûr, mais je me suis intéressé à leur histoire et je vois bien les dérives et les excès qui ont existé...

DE

(109) Oui, tout à fait.

VB

(110) Mais justement, quel était votre rôle dans les cures de Sakel ?

DE

(111) Le principe des cures d'insuline, c'était de plonger les patients en hypoglycémie.

(112) Ensuite, il fallait les resucrer progressivement.

(113) À leur réveil, on devait leur offrir une présence rassurante.

(114) On les maternait, on les prenait en charge comme des enfants.

(115) L'idée était qu'ils retrouvent une sensation de sécurité, qu'ils soient "cocoonnés" après la crise.

VB

(116) Et à l'école, on vous avait préparé à réaliser ces soins ?

DE

- (117) Non, pas spécialement.
- (118) Après, il y avait aussi les packs.
- (119) On enveloppait les patients dans des draps glacés pour provoquer une hypothermie.
- (120) Ensuite, au réveil, on devait leur offrir une présence rassurante, en incarnant symboliquement une image parentale.
- (121) Il y avait toujours un soignant et une soignante, représentant le père et la mère.

VB

- (122) Vous parlez des infirmiers ?

DE

- (123) Oui, toujours les mêmes.
- (124) L'idée était de recréer un cadre parental.
- (125) Mais honnêtement, je ne sais pas si cela donnait réellement des résultats.

VB

- (126) Vous en discutiez après avec l'équipe ou avec le médecin ?

DE

- (127) Pas vraiment... enfin si, parfois.
- (128) Mais globalement, c'était prescrit, on exécutait, et puis voilà.
- (129) Il y avait tout de même des échanges, mais je ne sais pas si cela aboutissait à quelque chose.
- (130) J'ai aussi connu les cures de dégoût.

VB

- (131) Les aversions ?

DE

- (132) Oui, c'était sous nacerine, avec des injections d'apomorphine.
- (133) On faisait boire aux patients, à jeun, l'alcool qu'ils consommaient habituellement, jusqu'à ce qu'ils vomissent.
- (134) C'était terrible.

VB

- (135) Pouvez-vous me décrire comment cela se passait, quel était votre rôle ?

DE

- (136) Le matin, on faisait l'injection d'apomorphine.
- (137) Ensuite, on leur donnait à boire du vin, du whisky ou leur alcool habituel, jusqu'à ce qu'ils soient écœurés et vomissent.
- (138) Cela se terminait ainsi, puis on passait à autre chose jusqu'à la séance suivante, quelques jours plus tard.
- (139) Je n'ai jamais vu quelqu'un en sortir véritablement "guéri".
- (140) C'était une méthode barbare.

[...]

VB

- (220) Vous avez déjà trouvé des patients dans des situations critiques pendant vos rondes ?

DE

- (221) Oui, une fois, j'ai trouvé une patiente debout sur une chaise, en train d'attacher quelque chose à une tringle à rideau.
- (222) Heureusement, je suis arrivée juste à temps.
- (223) Mais quelque temps plus tard, elle est partie en week-end chez elle et s'est suicidée dans son garage.
- (224) C'est toujours un choc.
- (225) Plusieurs fois, j'ai trouvé des patients dans le coma après avoir pris des médicaments en cachette.
- (226) Ils rentraient chez eux, dissimulaient des comprimés dans le compartiment à piles de leur transistor et les prenaient en une fois.
- (227) Il y en a eu plusieurs comme ça.
- (228) Heureusement, la nuit, on appelait rapidement les secours et cela s'est toujours bien terminé.
- (229) J'ai eu de la chance, je n'ai jamais eu de décès ou de pendaison sur mon service.
- (230) Les interventions sont toujours arrivées à temps.

VB

- (231) Et le contact avec les patients la nuit ? J'imagine qu'ils ne dorment pas tous.

DE

- (232) Oh non, bien sûr que non !
- (233) Certains attendaient même ce moment-là.
- (234) La nuit, on avait des échanges qu'ils n'avaient jamais avec l'équipe de jour.
- (235) C'était plus intime, plus personnel.
- (236) Certains se confiaient la nuit alors qu'ils ne parlaient jamais en journée.
- (237) J'ai gardé plein de petits mots et de poèmes que des patients m'ont donnés.
- (238) Ils attendaient "leur" infirmière, le moment du passage.
- (239) Ça faisait plaisir de voir qu'on comptait pour eux.

[...]

VB

(288) En tant qu'ancien cadre de santé, je sais que le travail d'équipe permet souvent de dénouer des situations complexes.

(289) Mais la nuit, vous n'aviez pas ce soutien...

DE

(290) Non, nos seuls contacts étaient avec l'équipe du soir et celle du matin.

(291) Le soir, l'équipe nous transmettait ce qui s'était passé dans la journée.

(292) Ensuite, nous faisons notre nuit, et au matin, on laissait des transmissions écrites.

(293) Il n'y avait aucun lien direct avec les médecins.

(294) Les surveillants de nuit passaient... ou pas.

VB

(295) Il n'y avait pas de surveillant de nuit attiré ?

DE

(296) Si, mais on pouvait passer des heures sans les voir.

(297) Parfois, ils venaient boire le café avec nous.

(298) En cas de besoin, ils se déplaçaient, mais c'était rare.

(299) Je ne sais pas s'ils nous faisaient confiance ou s'ils étaient simplement tranquilles de leur côté...

VB

(300) Vous pouviez passer une nuit entière sans voir personne d'autre ?

DE

(301) Oui, c'était fréquent.

(302) Aucun collègue, aucun passage, rien.

(303) Maintenant, les équipes sont plus fixes, chacun a son service attribué.

(304) À l'époque, on arrivait le soir sans savoir où on allait être affecté.

(305) Certains services étaient très lourds, et on pouvait passer cinq nuits d'affilée dans trois unités différentes.

(306) Ce n'étaient pas les mêmes patients, pas les mêmes locaux, pas les mêmes habitudes.

(307) Les horaires étaient durs aussi : 45 heures par semaine, avec peu de repos.

[...]

VB

(433) Certaines étaient donc seules sur un service entier ?

DE

(434) Oui, et ce n'était pas toujours rassurant.

(435) Il y en avait une, tout le monde savait qu'elle n'arrivait jamais à jeun.

(436) Elle était parfois tellement ivre qu'elle s'endormait dans l'office médical, toutes portes ouvertes, avec la pharmacie accessible...

(437) On nous demandait parfois de surveiller son service en plus du nôtre.

VB

(438) Personne ne disait rien ?

DE

(439) Non, c'était un laxisme incroyable.

(440) Elle arrivait le samedi soir en talons hauts, presque en robe de soirée...

(441) Puis vers 22h30, elle recevait un coup de fil prétendant que son fils était à l'hôpital, et elle partait sans difficulté.

(442) C'était absurde, mais tout le monde fermait les yeux.

VB

(443) Il y avait donc des comportements peu professionnels, même dans des services sensibles ?

DE

(444) Oui, certains soignants faisaient n'importe quoi.

(445) Certains quittaient même leur service pour aller se promener dans les sous-sols...

(446) Et parfois, ils faisaient des choses pas très catholiques.

[...]

DD

Dupeux Didier

Entretien réalisé le 8 mars 2024

Durée : 1 h 31 min

Mode de réalisation : En présentiel au domicile de Mr Dupeux

Consentement : Le participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées

[...]

DD

- (57) Oui, Sainte-Marie était dans une période d'urgence, ils avaient besoin d'infirmiers.
- (58) L'école venait de fermer, il n'y avait plus de formation en interne.
- (59) Une des dernières promotions devait être celle de Frobert, de Poitre, etc.
- (60) On nous a envoyés de Sainte-Marie Clermont pour suivre la formation à Sainte-Marie du Puy, en Clermontois.
- (61) Nous étions une petite dizaine, recrutés sans passer par l'école locale.
- (62) Et là, j'ai eu une rencontre qui a marqué ma vie : j'ai croisé l'asile.
- (63) La politique de secteur existait, mais à Sainte-Marie du Puy, l'approche restait encore très carcérale.
- (64) De grands bâtiments, des pavillons où les malades étaient souvent déconsidérés, parfois des pratiques soignantes condamnables, l'alcoolisme chez certains infirmiers...
- (65) Tout le monde participait au ménage : patients, infirmiers, cadres.
- (66) Ce n'était pas humainement idéal, mais d'un point de vue esthétique et historique, c'était fascinant.
- (67) J'ai eu la chance de voir les dernières images de l'asile, quelque chose d'assez sublime, presque à la *Depardon*, comme à San Clemente.
- (68) C'était un monde où toutes les pathologies coexistaient : de l'arriération profonde à la démence, en passant par toutes les formes de psychoses.
- (69) À cette époque, il n'y avait pas de patients hospitalisés pour des troubles névrotiques.
- (70) Peut-être quelques patientes hystériques, qui passaient pour folles.

[...]

DD

- (79) Oui, avec ce programme de 1973, on a bien écrit le document, mais tu connais ça mieux que moi.
- (80) Il y avait une première année censée être commune avec les soins généraux.
- (81) Mais en réalité, cette première année ne l'était pas tant que ça.
- (82) Elle devait traiter l'homme sain, puis les deux années suivantes étaient plus spécifiques.
- (83) Théoriquement, cette première année devait être enseignée de manière identique dans toutes les écoles : soins généraux et soins psy.
- (84) On était censés faire des stages en hôpital général, ce qui était une nouveauté.
- (85) Il y avait quelques cours en commun avec les premières années en soins généraux, mais très peu.
- (86) Et ça ne se passait pas bien du tout.
- (87) Il y avait une méfiance, du mépris aussi, quelque chose de malsain.
- (88) On n'était clairement pas bien accueillis dans les services généraux, c'est le moins qu'on puisse dire.
- (89) Oui, notre présence dérangeait.

[...]

VB

- (292) Et vous, personnellement, qu'avez-vous apporté à cette période ?
- (293) Je sais que la sociothérapie a été un moteur, mais qui l'a portée ?

DD

- (294) C'est Poitre qui a été le plus actif dans ce domaine-là.
- (295) Il est à l'origine de la création des clubs et hôpitaux de jour.
- (296) Il avait un vrai goût pour ça.
- (297) Il a rapidement monté une antenne de sport adapté pour les patients psychotiques.
- (298) À l'époque, c'était une nouveauté, car ce type d'activités relevait plutôt du médico-social et de l'éducation spécialisée.
- (299) Il a structuré une section dédiée, avec des inscriptions de patients, des épreuves.
- (300) À un moment donné, il a même organisé les championnats nationaux de pétanque et de ping-pong en sport adapté, à Clermont-Ferrand.
- (301) C'était un ancien footballeur, entraîneur pendant longtemps, même en parallèle de son activité d'infirmier.
- (302) Donc, ce lien avec le sport et les loisirs lui convenait parfaitement.
- (303) De mon côté, j'ai rapidement été embarqué dans ce circuit.
- (304) Je ne sais plus, j'étais secrétaire ou quelque chose comme ça, mais impliqué dans l'organisation.
- (305) Et parallèlement, avec d'autres, on a monté une troupe de théâtre.
- (306) Bon... Je pense que ce n'était pas là où j'étais le meilleur.
- (307) En toute honnêteté, j'ai dû être assez mauvais.

- (308) Mais je tenais à ce que ce soit une affaire d'infirmiers, pas un projet dirigé par un professionnel du théâtre.
- (309) Je ne voulais pas qu'un metteur en scène extérieur vienne nous dire quoi faire.
- (310) Parce que si on ne prenait pas notre place, d'autres allaient la prendre à notre place.
- (311) Les psychothérapies commençaient à émerger.
- (312) Bientôt, elles seraient exercées exclusivement par des psychologues ou des psychothérapeutes, et non plus par des infirmiers.
- (313) Il fallait occuper le terrain.
- (314) On a donc monté un spectacle... Génialement catastrophique.
- (315) Un vrai critique de théâtre nous aurait démolis, et il aurait eu raison.
- (316) Mais c'était génial parce que la salle était pleine.
- (317) La presse était là, il y avait une vraie effervescence.
- (318) Deux médecins, Reboul et Coudert, y ont participé.
- (319) L'un s'occupait du décor, l'autre filmait.
- (320) Même le personnel d'entretien s'est impliqué.
- (321) Tout le monde était dans le projet, c'est ce qui le rendait unique.
- (322) Et puis, il y avait cet acteur central : un patient psychotique, brillant, d'une culture impressionnante.
- (323) Il portait la pièce, c'était lui qui tenait la scène.
- (324) Il avait même écrit les textes.
- (325) On devait parfois ajuster, mais c'était son œuvre.
- (326) Le jour de la représentation... Il n'était pas là.
- (327) Avec Coudert, on est allés le chercher chez lui.
- (328) On sonne, il ouvre et nous dit :
- (329) *"Écoutez, moi, ça fait 30 ans que la psychiatrie m'emmerde. Aujourd'hui, c'est moi qui l'emmerde."*
- (330) Il peignait, il était dans son monde.
- (331) On est repartis, penauds.
- (332) On a quand même joué la pièce, mais il manquait un énorme pan du texte.
- (333) C'était un moment incroyable.
- (334) Il y a eu un film de cette pièce, mais il a disparu.
- (335) Ce sont des trésors perdus.
- (336) Tu vois, il se passait des choses.
- (337) Entre les championnats de ping-pong et de pétanque, le théâtre, et tout le reste...

VB

- (338) On vit des choses assez uniques, quand même.

DD

- (339) Toujours dans cette dynamique d'organisation, j'avais rencontré Frobert lors d'un stage avant même de travailler à Sainte-Marie.
- (340) On nous avait envoyés à Pierre-Mont pour un mois, je ne me souviens plus exactement.
- (341) C'est là que j'ai croisé Frobert pour la première fois.
- (342) Lui était complètement impliqué, mais pas tant du côté des activités que du côté des patients.
- (343) La sociothérapie, pour lui, c'était avant tout du travail clinique, en immersion avec les patients.
- (344) Avec Frobert et un troisième collègue, Marc Gessier, qui est malheureusement décédé dans un accident de voiture, on a organisé la Fête de la musique à l'hôpital.
- (345) On a tout prévu :
- (346) Un concert rock dans les jardins, auquel j'ai joué, car j'avais déjà un groupe à l'époque.
- (347) Un groupe de musette dans les services pour les patients qui ne pouvaient pas sortir.
- (348) Une facilitation des permissions de sortie pour ceux qui pouvaient aller assister à la Fête de la musique en ville, accompagnés ou non.
- (349) Tout ça représentait un gros projet, mine de rien.

VB

- (350) Oui, ça fait beaucoup.
- (351) Est-ce que ça dépassait votre temps de travail ?
- (352) Vous faisiez tout ça sur votre temps personnel ?

DD

- (353) De toute façon, ce qu'on peut dire de notre génération, c'est que les gens étaient vraiment impliqués.
- (354) Les arrêts maladie étaient rares, et concernaient toujours les mêmes, ceux qui avaient des problèmes personnels persistants.
- (355) Mais sinon, personne ne comptait son temps.
- (356) Ce n'était même pas un sujet.
- (357) Tout le monde bossait, tout le monde s'investissait.
- (358) Oui, ça débordait sur le temps personnel, mais c'était ça aussi, l'engagement.

VB

- (359) J'essaie de ne pas aller trop vite, car vous avez fait beaucoup de choses après...

(360) Vous avez cette dynamique d'engagement dans votre travail, tout ce que vous créez en ateliers, en activités, en sociothérapie.

(361) Est-ce que vous voyez déjà émerger une fibre associative, ou est-ce que c'est venu plus tard ?

DD

(362) Les deux coïncident, en réalité.

(363) J'étais très curieux de Poitre, Tapissier et Frobert.

(364) Un an avant mon arrivée, Tapissier, qui était très engagé dans la sociothérapie, avait une véritable envergure.

(365) Il était aussi représentant syndical de la CFDT.

(366) En 1982, en réaction au manque de reconnaissance des infirmiers psy, il a créé avec trois collègues – Lafarge, Merlet et Laffont – l'ANFIP : l'Association nationale des Infirmiers du Secteur Psychiatrique.

(367) C'était une organisation de défense professionnelle.

(368) On avait donc ces trois dynamiques parallèles :

(369) Poitres, dans la sociothérapie et l'action sur le terrain.

(370) Tapissier, dans la défense des infirmiers psy.

(371) Et Frobert, qu'on abordera plus tard, qui avait une perspective clinique et une implication politique forte.

VB

(372) Le leadership s'incarnait donc à travers ces trois figures.

DD

(373) Oui, clairement.

(374) Ils se croisaient, se connaissaient bien, mais ils n'étaient pas toujours d'accord.

(375) Pourtant, ça cohabitait assez bien.

VB

(376) On était sur Tapissier et l'AMFIP.

DD

(377) Oui, c'est lui qui a fondé l'ANFIP et en est devenu le président.

(378) Moi, j'étais déjà impliqué dans le sport adapté avec Poitres, et on avait aussi monté une autre association, dont j'ai oublié le nom.

(379) Peu importe, mais Tapissier m'a récupéré et intégré à l'ANFIP.

(380) Je suis devenu secrétaire national de l'association.

VB

(381) C'était quand ?

DD

(382) Bonne question...

(383) À cette époque, le siège de l'ANFIP était encore à Clermont-Ferrand.

(384) Plus tard, il a été décentralisé à Paris, mais quand j'ai pris mon poste de secrétaire national, c'était encore local.

(385) Je me souviens avoir écrit sur l'ISP public entre 87 et 96, donc ça doit se situer dans cette période.

(386) De 1983 à 1992, j'ai été secrétaire national de l'AMFIP, puis président.

(387) Concernant l'association de sport adapté, j'ai participé à l'élaboration des statuts et à la mise en place du projet en 1986, avant l'assemblée générale fondatrice en 1987.

(388) À ce moment-là, Tapissier était dans une démarche d'inscription universitaire, ce qui était totalement inédit.

(389) Il a suivi une maîtrise en sciences sociales à Saint-Étienne.

(390) Avec deux autres collègues, on a suivi son exemple et on s'est inscrits aussi à l'université de Saint-Étienne.

(391) Très peu de prise en charge, beaucoup de travail.

(392) J'étais à la fois secrétaire national, avec une secrétaire, mais elle n'était pas toujours efficace...

(393) Bref, je tenais tout ça à bout de bras, en parallèle de ma formation universitaire et... de la naissance de mon fils, en 1990.

VB

(394) Oui, bien sûr.

DD

(395) Il y avait aussi la vie personnelle, forcément.

(396) À ce moment-là, j'étais pleinement dans la psychiatrie.

VB

(397) Je vais retenir la psychiatrie, mais l'ANFIP m'intéresse aussi.

(398) Est-ce qu'on peut approfondir ce point ?

(399) L'ANFIP a été créée pour défendre la profession, mais comment êtes-vous entré dedans pleinement ?

(400) Quelles étaient les actions spécifiques ?

DD

(401) On militait, bien sûr.

(402) On a participé aux grèves de 1988 des infirmières, entre autres.

(403) L'enjeu était de donner une véritable identité à la profession.

(404) Mais on hésitait encore :

(405) Devait-elle être une spécialisation infirmière ou un métier à part entière ?

- (406) À ce moment-là, on a commencé à dialoguer au niveau national, et c'est ce qui a fait la différence.
(407) C'était autre chose que les luttes internes à Sainte-Marie.
(408) L'AMFIP est entrée en contact avec les autres hôpitaux psychiatriques et les infirmiers à l'échelle nationale.
(409) On a fait des rencontres importantes, notamment au Salon médical de Paris, où on a croisé Dominique Letourneau.

VB

(410) Ah oui.

DD

- (411) On a aussi rencontré Marc Jaeger, qui avait écrit sur les infirmiers.
(412) Il y avait un vrai mouvement, une volonté de structurer la profession.

VB

(413) Tout à l'heure, j'ai utilisé un anglicisme : *empowerment*.

DD

- (414) Oui... Et ça a plutôt raté.
(415) L'objectif de l'ANFIP était de faire de ce métier une entité propre ou d'en faire une spécialisation reconnue.
(416) On n'a eu ni l'un ni l'autre.
(417) Le bilan, c'est un fiasco.
(418) On s'est fait ramasser par le Conseil d'État.
(419) Le métier a perdu toute reconnaissance.
(420) Si quelqu'un voulait en avoir une, il devait suivre six mois de formation supplémentaire pour obtenir un diplôme d'État.
(421) Aujourd'hui, ça passerait pour une discrimination institutionnelle.

[...]

DD

- (468) C'est presque ça, oui.
(469) Aujourd'hui, on parle des IPA, mais c'est quoi, en réalité ?
(470) Une spécialisation infirmière, mais qui ne s'inscrit pas dans les mêmes modèles sociologiques.
(471) Parce qu'on est entré dans les années 90...
(472) Et dans les années 90, la psychothérapie est en perte de vitesse.
(473) Le socialisme aussi. Le marxisme aussi.
(474) Ce qui s'impose, c'est le libéralisme.
(475) Les premières psychothérapies, qui étaient encore des psychothérapies de groupe, basculent progressivement vers l'individuel.
(476) Et pour moi, c'est un signe clair du triomphe du monde libéral :
(477) La priorité est donnée à l'individu, et non plus au collectif.
(478) Les années 90, c'est le moment où il aurait fallu défendre le collectif...
(479) Mais tout le monde commence à viser son propre parcours, sa trajectoire personnelle.
(480) L'aspiration devient individuelle, voire égocentrée.
(481) Et c'est encore le cas aujourd'hui.
(482) L'IPA, si ça devait être une spécialisation, ne s'inscrit plus du tout dans cette logique.
(483) À l'époque, la spécialisation était pensée pour tous, pour ceux qui voulaient s'y engager.
(484) L'IPA, c'est tout l'inverse : ce n'est pas une mesure collective, mais une mesure pour l'individu, pour sa carrière personnelle.
(485) Ça s'inscrit dans le modèle libéral.

VB

- (486) Très intéressant.
(487) La logique que tu développes est passionnante, notamment sur le basculement vers le libéralisme.
(488) Moi, souvent, je l'analyse plutôt sous l'angle de la crise économique.
(489) Dans les années 90, la crise pétrolière et l'arrivée tardive des politiques d'austérité ont impacté le contexte médico-économique.
(490) Ça a contraint les structures, et on a perdu énormément, y compris sur le plan psychothérapeutique.

DD

- (491) Parce qu'il n'y avait plus de moyens.
(492) On est entré dans une période où il fallait se battre pour chaque ressource.
(493) Et là, on touche à un troisième personnage clé : Alain Fobert
(494) Lui, il avait un regard très critique sur le corporatisme, sur l'ANFIP, sur tout ça.

VB

(495) Il n'en faisait pas partie ?

DD

- (496) Non, il n'était pas avec nous.
(497) Il avait même une posture critique.
(498) Son idée, c'était plutôt un diplôme spécifique pour la psychiatrie, pas une spécialisation rattachée aux soins généraux.
(499) Il faudrait lui demander directement, mais c'était sa ligne.

- (500) Moi, après ça, j'ai pris un autre virage.
(501) Je suis parti à Paris pour un DEA d'histoire sociale.
(502) J'étais inscrit au fichier des thèses, et j'ai commencé un vrai travail de recherche.
(503) Mais à un moment, il faut aussi vivre.
(504) Et passer son temps dans les bibliothèques, c'est bien, mais ça ne nourrit pas.
(505) Je faisais mon travail sur l'histoire des infirmiers psychiatriques avec Anterrieu, je t'avais envoyé le document.
[...]

DD

- (540) L'infirmier psychiatrique... Je ne sais plus trop ce que c'est.
(541) Les sciences infirmières, je n'y crois pas vraiment.
(542) La clinique infirmière, je n'y vois pas grand-chose non plus.
(543) Pour moi, il n'y a qu'une seule clinique : la clinique médicale.
(544) Et encore, je pense que la clinique appartient d'abord au patient.
(545) Ce n'est pas un savoir que l'on peut s'accaparer comme une essence propre.
(546) La thérapeutique appartient au soignant, oui.
(547) Mais la clinique, elle, ne prend son sens que lorsqu'on s'y intéresse à travers le vécu du patient.
(548) J'ai traversé plusieurs périodes intellectuelles.
(549) L'histoire, puis la sociologie... Bourdieu, bien sûr.
(550) Puis j'ai plongé dans la psychanalyse, avec Freud, un peu Lacan, mais surtout Frobert.
(551) Tout ça, c'était passionnant.
(552) Sociologie et psychanalyse, ça permet de comprendre le monde.
(553) Et donc, pour répondre à ta question sur l'engagement aujourd'hui...
(554) Il est aut centré.
(555) Le libéralisme, cette vague idéologique qui a tout balayé, a pénétré tout le monde.
(556) Même ceux qui se croient à gauche en sont imprégnés.
(557) L'individu est devenu la priorité absolue.
(558) Il y a encore des alliances, bien sûr, mais elles se forment entre individus partageant des intérêts communs, et non plus dans une logique collective forte.
(559) La consommation a pris le pas sur la connaissance.
(560) Le savoir, lui, n'a plus la même valeur.
(561) Aujourd'hui, le discours intellectuel a été remplacé par celui des nouvelles technologies.
(562) Le *savant*, c'est celui qui maîtrise les outils numériques les plus récents.
(563) Voilà mon point de vue.

[...]

DD

- (577) C'est un vrai *brûlot de pensée*, cette question.

[...]

DD

- (608) Il y en a quelques-uns qui sont intéressés, oui.
(609) Mais le problème, et je l'avais déjà dit au colloque de CERISE, c'est que les infirmiers psy ont toujours eu cette tendance à...
(610) À s'auto-définir par une distinction non argumentée.
(611) Déjà à l'époque, quand on défendait le groupe des infirmiers psy, il y avait ce discours suffisant du « *Nous, on n'est pas pareils* ».
(612) Comme si ça se suffisait à soi-même.
(613) « *On n'est pas pareils* », d'accord. Mais en quoi ?
(614) Sur quels critères ? Qu'est-ce qui distingue concrètement l'infirmier psy des autres ?
(615) Il y a une espèce d'auto-satisfaction dans cette posture.
(616) Une forme de distinction sociale un peu creuse.
(617) Une fois qu'on a dit « *Moi, je ne suis pas pareil* », ça s'arrête là.
(618) Ah bon ? Très bien, tu es génial, tu n'es pas pareil.
(619) Mais il y a quelque chose qui ne va pas dans cette posture.
(620) Si une identité professionnelle devait exister, elle devrait se définir à partir de critères clairs et tangibles.
(621) Or, je ne suis pas convaincu que la *science infirmière* contribue vraiment à structurer un savoir spécifique.
(622) Et je ne suis pas convaincu non plus que la clinique médicale en psychiatrie soit aujourd'hui aussi rigoureuse qu'elle le devrait.
(623) Je vois une perte, une banalisation.
(624) Ce qui faisait la particularité de la psychiatrie, c'était avant tout sa clinique.
(625) Son histoire, ses institutions, ses constructions sociales.
(626) Mais la psychiatrie, malgré tout, reste une branche de la médecine.
(627) Ce qui la distingue, au-delà du dispositif et des contextes, c'est la clinique elle-même.
(628) Et aujourd'hui, cette clinique, je ne la trouve plus aussi convaincante.

(629) Elle est expédiée.

(630) La psychiatrie a beaucoup évolué sur le plan pharmacologique.

(631) Les patients sont moins cognés qu'avant, il y a moins d'effets secondaires.

(632) Oui, sans doute.

(633) Mais c'est relatif.

(634) Et puis, je ne suis pas forcément le mieux placé pour juger de ça aujourd'hui.

EJP

Erragne Jean-Pierre

Entretien réalisé le 18 février 2025

Durée : 1 h 41 min

Mode de réalisation : En visioconférence teams à la demande du participant

Consentement : Le participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées

[...]

EJP

- (25) OK, ça va être simple, mes parents étaient bien loin du soin.
- (26) Ma mère était coiffeuse et mon père employé de banque.
- (27) Pas du tout, mais alors vraiment pas du tout.
- (28) Chez nous, toute interrogation pouvait être perçue comme un début de pathologie.
- (29) Rien n'a permis que je m'intéresse à ça.
- (30) Mais depuis toujours, j'ai une curiosité pour l'histoire des gens et des choses.
- (31) Très rapidement, j'ai compris que les gens étaient imparfaits face à une norme imposée.
- (32) Chaque individu a une histoire et c'est ça qui m'intéresse depuis toujours.
- (33) J'ai toujours aimé la littérature, la philosophie, c'était mon élément.
- (34) J'ai fait plein d'autres choses avant, j'ai eu plusieurs vies.
- (35) J'ai guidé des balades à cheval, été maître-nageur dans un hôtel en Bretagne.
- (36) Un jour, une copine assistante sociale m'a dit qu'il y avait des études d'infirmier psy payées.
- (37) C'était pas une vocation, mais je suis allé m'inscrire à Clermont.

VB

- (38) Non ?

EJP

- (39) Moi, j'étais de Clermont, originaire de là-bas.
- (40) Rapidement, j'ai senti un carcan, c'était encore la ville.
- (41) En 71, on était juste après 68, et en 68, on avait fait bouger les choses.
- (42) Ils voulaient nous faire porter des calots sur nos cheveux longs.
- (43) Ils voulaient nous couper les cheveux, nous imposer des chemises et des cravates sous nos blouses.
- (44) Forcément, on sortait des barricades, nous !
- (45) On jetait des pavés, on n'allait pas se laisser faire.
- (46) Il y avait une minorité d'entre nous qui voyait que des choses étaient possibles.
- (47) Il suffisait qu'on pousse et qu'on y aille.
- (48) Cette époque nous faisait croire que tout était possible.
- (49) La société entière évoluait, et nous, on était écoutés.
- (50) Même par des mandarins en manteau bleu qu'on devait appeler "Monsieur".
- (51) On a réussi à bousculer ça, à remettre en question des pratiques.
- (52) On était les enfants de Tosquelles, de Gentis, de ceux qui avaient déjà expérimenté à Saint-Alban.
- (53) On échangeait avec plein de monde, c'était une époque de communication.
- (54) On s'est dit qu'on pouvait agir et on l'a fait.

VB

- (55) Allez, racontez-moi un peu 71, pour reprendre le fil chronologique.
- (56) Le concours d'entrée, vous vous rappelez comment ça se passait ?

EJP

- (57) Ah mais y avait pas vraiment de concours.
- (58) C'était juste : "Vous voulez rentrer ? Signez là."
- (59) Y avait une sorte d'entretien avec des religieuses.
- (60) J'ai encore honte de ce que j'ai écrit sur ma feuille d'inscription.

[...]

EJP

- (117) C'était intéressant, oui, mais ça manquait de profondeur.
- (118) C'était un peu rigide quand même, et sous contrainte religieuse.
- (119) Les religieuses de la congrégation St Marie avaient leur mot à dire sur le contenu.
- (120) Par exemple, pour les soins aux femmes, on nous disait : prenez un feutre et rayez tout.
- (121) Il ne fallait même pas qu'on lise certains passages des cours.
- (122) Il y avait un obscurantisme religieux très pesant.

[...]

EJP

- (181) Et pour la psychiatrie, c'étaient les psychiatres de l'hôpital.
- (182) Mais leurs cours, c'était des photocopiés ridicules, la psychose tenait sur une page.

[...]

VB

(225) Et l'accueil en stage, comment c'était ?

EJP

(226) Variable...

(227) On tombait parfois sur d'anciens gardiens en blouse grise, clés à la ceinture.

(228) Eux trouvaient que "c'était mieux avant".

(229) Pas d'escarres car on mettait les patients sur de la paille, lavage au jet d'eau...

(230) Ils trouvaient qu'on réfléchissait trop et qu'on s'embêtait pour rien.

(231) Un patient refusait son traitement ? Tant pis pour lui.

(232) Mais il y avait aussi plein de jeunes, car la rotation était énorme.

(233) La moyenne d'âge était basse, donc globalement on était bien accueillis.

(234) Mais les infirmiers ouverts d'esprit étaient une minorité.

(235) La psychiatrie restait très marquée par l'asile et ses logiques concentrationnaires.

VB

(236) Je vois...

(237) Et alors, malgré tout ça, vous avez quand même obtenu votre diplôme ?

EJP

(238) Oui, même si on voulait pas me le donner.

VB

(239) Est-ce que vous l'avez toujours ?

EJP

(240) Oui, je dois l'avoir quelque part.

(241) J'ai été obligé de le récupérer.

VB

(242) Ah bon ?

EJP

(243) Peut-être dix ou quinze ans après, en demandant une copie à la Sécu.

VB

(244) Donc ils ont vraiment refusé de vous le donner, même symboliquement ?

EJP

(245) Ah oui ! Le beau diplôme avec les volutes, jamais vu.

(246) J'ai juste le document administratif officiel.

[...]

EJP

(293) Un médecin des années 50-60, à l'ancienne.

(294) Il y avait aussi un neuropsychiatre, l'Auxerrois, qu'on appelait "Monsieur 200 gouttes".

(295) Sa seule réponse à tout problème, c'était du Nozinan.

(296) Ceux qui le suivaient marchaient droit, mais complètement abrutis.

(297) Il y avait aussi un pédopsychiatre, Doucine, fondateur des Croix-Marine.

(298) C'était une légende, un intouchable, mais on ne travaillait pas avec lui.

(299) Il y avait Aubin et Michel, chez qui moi j'ai travaillé.

(300) On les disait progressistes, mais c'est relatif...

VB

(301) Ouais.

EJP

(302) Ils avaient un discours qui faisait croire qu'ils s'intéressaient aux nouvelles pratiques.

(303) Mais en réalité, ils cautionnaient l'intrusion des religieuses dans les soins.

(304) Ils soutenaient la direction quand il fallait remettre les infirmiers à leur place.

(305) Moi, j'en ai une vision bien différente de certains collègues, comme Alain Frobert.

(306) Alain était un ami proche et voyait Michel comme un vrai progressiste.

VB

(307) Ouais.

EJP

(308) Moi, j'ai toujours pensé qu'il nous manipulait.

(309) Il achetait la paix sociale en nous disant ce qu'on voulait entendre.

(310) Mais derrière, il faisait comme il voulait, et on se retrouvait piégés.

(311) On était juste contents d'être "chez Michel", mais ça ne voulait rien dire.

(312) Il a participé à la création de la revue Dérive et du SP, mais toujours à moitié.

(313) Il donnait l'impression d'y aller, mais sans vraiment s'engager.

[...]

EJP

- (433) Alain Robert, lui, est un vrai ami.
- (434) C'est le seul cadre que j'ai jamais trouvé légitime en psychiatrie.
- (435) On a souvent eu des discussions musclées, mais toujours avec une idée en tête.
- (436) Se montrer le moins *** possible et faire ce qui était bon pour le patient.
- (437) Certains étaient dans une logique antipsychiatrique, d'autres plus traditionnalistes.
- (438) Mais au final, c'est le patient qui comptait, pas nos querelles.
- (439) Et on a réussi à bosser ensemble malgré tout.

[...]

VB

- (481) Vous vous rappelez des noms d'associations que vous avez impulsées ?

EJP

- (482) Il y avait l'ESPE, c'était une association importante.
- (483) On avait aussi créé une revue, *Dérive*.

VB

- (484) Oui, j'ai un exemplaire de *Dérive*.

EJP

- (485) Ah, alors vous voyez, on s'était creusé la tête pour ce nom.
- (486) Moi, je faisais de la voile, et la dérive, c'est ce qui empêche un bateau de déraper.
- (487) C'est ce qui permet de tenir le cap, malgré le vent.

VB

- (488) Je vois.

EJP

- (489) On réfléchissait à fond à cette époque...

VB

- (490) Alain m'a donné un exemplaire où il disait que je trouverais des infos sur l'ANFIP.
- (491) Mais je pense qu'il ne m'a pas donné le bon numéro.

EJP

- (492) Ah oui, possible.

VB

- (493) Vous avez gardé des archives de cette période ?

EJP

- (494) Non, j'ai eu plusieurs vies depuis...

VB

- (495) D'accord.

EJP

- (496) Quand j'ai quitté Sainte-Marie, j'ai emporté de la nostalgie, mais aussi du ras-le-bol.
- (497) J'avais l'impression qu'on avait été récupérés par le système.
- (498) Qu'on tournait en rond et qu'au final, on s'était fait avoir.
- (499) Alors j'ai changé d'hôpital, et là, j'ai eu l'impression de vraiment faire mon métier.

VB

- (500) Et avant ça, sur l'associatif, vous avez participé à l'impulsion de l'ANFIP ?

EJP

- (501) Oui, bien sûr.
- (502) Avec *Dérive*, on alimentait la revue avec des articles variés.
- (503) Parfois théoriques, parfois des récits de terrain.
- (504) Je me rappelle avoir écrit un article qui ressemblait presque à un roman policier.
- (505) Une scène avec une chaise plantée dans le plafond...

VB

- (506) Ah oui ?

EJP

- (507) Mais c'était du vécu.
- (508) J'étais allé récupérer un patient en crise et ça s'était passé comme ça.
- (509) Il y avait une vraie dramaturgie dans ce qu'on vivait.
- (510) Mais on essayait aussi de théoriser nos expériences.
- (511) *Dérive* était une revue intelligente, mine de rien.

[...]

EJP

- (529) C'était un changement lent, une espèce de filtre qui s'est tissé doucement.
- (530) Au départ, on passait pour des joyeux illuminés débarquant dans des équipes bien rodées.
- (531) Les anciens avaient leurs habitudes, leur café à heure fixe, leur routine bien en place.
- (532) Et nous, on arrivait, fraîchement diplômés, pleins d'idées et habillés bizarrement.

- (533) On refusait de mettre des blouses, on avait les cheveux longs.
(534) On était vus comme des *****, des jeunes qui voulaient tout changer.
(535) Et on était ultra-minoritaires.
(536) Mais petit à petit, on a été tolérés, comme un furoncle qu'on finit par oublier.
(537) Puis on a fini par être légitimes, parce qu'on obtenait des résultats.
(538) Par exemple, on a activement participé à la destruction des murs de l'hôpital.

VB

- (539) C'est vous qui avez demandé ces modifications architecturales ?

EJP

- (540) Oui, on a demandé que le côté carcéral de l'hôpital soit modifié.
(541) Avec la sectorisation, des bâtiments ont été détruits, notamment ceux des vieux chroniques.
(542) Ces patients étaient hospitalisés d'office depuis avant la guerre.
(543) Ils vivaient dans des pavillons en plein milieu de la cour des hommes, comme dans un fort.
(544) L'hôpital de Clermont ressemblait à une forteresse entourée de rues passantes.
(545) De l'extérieur, on entendait les cris des patients, les gens baissaient la tête en passant.
(546) À l'intérieur, c'était tout aussi oppressant.
(547) Quand on a débarqué en demandant "C'est quoi ce ***** ?", ça a fait du bruit.

[...]

EJP

- (717) Je vais être le plus honnête possible.
(718) Intellectuellement, ça a sonné le glas de la spécialité.
(719) Avant, il y avait un tri naturel : beaucoup rentraient, peu finissaient.
(720) Mais ceux qui restaient étaient motivés.
(721) Avec cette réforme, la psychiatrie a perdu sa reconnaissance spécifique.
(722) Dans mon dernier hôpital, un hôpital général, j'ai vu ce que ça a donné.
(723) Les infirmiers jugés "pas bons" en services actifs finissaient en psy ou en gériatrie.
(724) C'était devenu le service-poubelle.
(725) La qualité de soin a chuté.
(726) La spécialisation a disparu.
(727) Au fil des années, ça s'est dégradé.
(728) Je pense que cette réforme a été une catastrophe.

VB

- (729) Oui, c'est ce que plusieurs témoignages remontent aussi...

EJP

- (730) Pourtant, une réforme était nécessaire.
(731) Avant, on prenait n'importe qui et on faisait n'importe quoi.
(732) Mais il fallait améliorer la sélection, pas tout noyer dans la masse.
(733) On a enterré la psychiatrie sous un diplôme généraliste.
(734) On a mis tout le monde dans un même moule, sans tenir compte des spécificités du soin psy.
(735) C'était un enterrement, en douceur, mais un enterrement quand même.

VB

- (736) Vous... Pardon, excusez-moi, allez-y.

EJP

- (737) Oui, enfin... Je pense que l'expérience a montré qu'une infime minorité des infirmiers généralistes affectés en psychiatrie étaient à la hauteur.
(738) Nettoyer des paillasses et distribuer des gouttes sans se tromper, OK.
(739) Mais ça m'a toujours interrogé.
(740) Je n'ai jamais compris pourquoi on collait le mot "infirmier" sur notre fonction.
(741) Moi, je me suis toujours senti accompagnant.
(742) Mon truc, ça a toujours été **d'accompagner la folie**, pas d'être en face des patients, mais à côté.

[...]

EJP

- (825) Je crois que la société a évolué... Il n'y a plus de place pour les fous.
(826) Moi, j'ai eu la chance d'entrer en psychiatrie après 68, à une époque d'ouverture, où on pensait encore en termes de fraternité.
(827) Tout le monde pouvait exister, trouver sa place.
(828) Mais la société est devenue de plus en plus compétitive, et petit à petit, certains profils ont été écartés.
(829) Les fous, les violents, ceux qui ne rentraient pas dans les cases... On les a mis de côté.
(830) Alors, mon regard sur ceux qui exercent aujourd'hui ?
(831) J'ai des copains plus jeunes qui bossent en psychiatrie, notamment en hôpital de jour.
(832) En discutant avec eux, je me rends compte que c'est un peu comme nous à l'époque.
(833) La différence, c'est qu'ils sont le reflet de la société actuelle, pas de la nôtre.

(834) Nous, on était encore marqués par l'après-68.

(835) Eux, ils doivent composer avec un autre monde.

VB

(836) Enfin...

EJP

(837) Je pense qu'on a sûrement raconté pas mal de conneries, nous aussi.

(838) Avec le recul, on pourrait croire qu'on détenait une vérité, mais ceux qui étaient là avant nous ne sont pas restés les bras croisés non plus.

(839) Il a bien fallu qu'on évolue à un moment donné.

(840) Et je crois que c'est une bonne chose que ma génération ait fini par passer la main.

(841) Peut-être que ce qu'on professait ne correspondait plus vraiment à la société d'aujourd'hui.

(842) Après tout, la psychiatrie n'est pas un monde à part, elle est le reflet de la société dans laquelle elle existe.

(843) Mais ce qui m'inquiète, c'est ce qu'on attend d'elle aujourd'hui.

(844) J'ai quitté l'hôpital depuis longtemps, ça fait 15 ans que je n'ai pas foutu les pieds dans un service.

(845) Mais en discutant avec mes potes qui y sont encore, je vois bien ce qu'on leur demande.

(846) On ne leur demande plus d'être soignants à tout prix.

(847) On leur demande d'être des régulateurs sociaux.

(848) Et ça, ça me pose question.

(849) Mais bon, je laisse ça aux jeunes.

(850) Ce sera à eux d'apporter la réponse. Moi, j'ai fait mon temps.

[...]

EJP

(886) Oui... mais en même temps, la société a évolué comme ça.

(887) Enfin, "évolué", on peut dire ça comme on dirait d'un cancer qu'il évolue...

(888) Ça ne va pas forcément vers le mieux.

(889) Mais on n'est plus dans les mêmes dynamiques que celles que j'ai connues.

(890) Avant, on pouvait encore se poser, réfléchir, tenter des choses.

(891) Et surtout, il y avait des gens autour de nous pour nous dire : "Allez-y, on vous couvre."

(892) Ça, c'est fini.

(893) Ça ne correspond plus du tout à la société d'aujourd'hui.

(894) Mais cette société, c'est nous aussi, au fond.

(895) Je pense à Pinel, à tous ceux qui ont suivi...

(896) Et puis à ceux qui ont survécu aux camps de concentration et qui ont nourri le courant de l'anti-psychiatrie.

(897) Chaque époque produit ses propres réponses.

(898) Nous, on a défendu des valeurs qui étaient encore marquées par Mai 68.

(899) J'avais 18 ans en 68, j'étais sur les barricades, j'ai balancé des pavés, comme les autres.

(900) Et cette énergie, on l'a gardée.

(901) Mais aujourd'hui, c'est mort.

(902) Moi, je suis devenu l'arrière-grand-père de cette génération.

(903) Il faut accepter que les choses changent.

(904) Et peut-être que le vrai danger, ce serait de s'asseoir sur nos acquis en répétant "C'était mieux avant".

(905) Il faut avancer.

FA

Frobert Alain

Entretien réalisé le 2 juillet 2024

Durée : 1h54

Mode de réalisation : Visioconférence via Teams

Consentement : Le participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées

[...]

FA

(29) Oui, et il portait une vision critique de la psychiatrie.

(30) On peut dire qu'il diffusait une pensée anti-psychiatrique au sein même de cette institution.

(31) Mais ce qui est curieux, c'est que cette parole avait un certain écho, notamment grâce à ses liens avec certains médecins de Sainte-Marie, comme le docteur Robin et le docteur Michel.

(32) Ces médecins faisaient partie d'un groupe de réflexion dissident, qui tentait de repenser la psychiatrie.

(33) Et moi, j'ai été plongé dans ce cercle par le biais de cette relation amoureuse...

(34) Une relation qui, malheureusement, s'est arrêtée après quatre ans, car ma compagne a été frappée par un cancer.

(35) Malgré tout, cette période a profondément marqué mon parcours.

(36) J'ai fini par m'identifier à ce patriarcat, et comme lui, je suis entré à l'école d'infirmiers en psychiatrie.

(37) Dans ce groupe militant, plutôt de gauche, on m'a encouragé à trouver une stabilité professionnelle.

(38) J'ai reçu deux propositions en même temps :

(39) Passer le concours d'entrée en école d'infirmiers psychiatriques, à Sainte-Marie.

(40) Passer le concours d'éducateur, dans une association sociale.

(41) Mon choix s'est fait sur une simple question de timing :

(42) Le concours d'infirmier s'est présenté en premier.

(43) C'est ainsi que je suis entré à l'école d'infirmiers de Sainte-Marie, dans la dernière promotion, en 1975.

[...]

FA

(103) C'est comme ça que ça fonctionnait.

(104) Et alors, sur la formation en elle-même... Ah, là, j'aurais beaucoup à dire.

(105) J'ai même écrit dessus, parce que ça a été très important pour moi.

(106) Déjà, c'était une ouverture sur énormément de choses.

(107) Je réalise qu'on ne m'a pas posé cette question, mais avant d'entrer dans cette école, quelle vision avais-je de la folie ?

(108) Honnêtement ?

(109) Très peu de choses.

(110) J'avais une conception assez romantique de la psychiatrie.

(111) J'étais alors militant aux Jeunesses Communistes, passionné de poésie.

(112) Mes références sur la folie venaient de Nadja, Breton, de cette imagerie surréaliste.

(113) À Clermont-Ferrand, il y avait aussi un imaginaire puissant autour de l'hôpital Sainte-Marie.

(114) C'était "l'autre ASM" (en référence à l'équipe de rugby locale, l'ASM).

(115) Tout le monde racontait que si l'on passait près de l'asile Sainte-Marie, on entendait des cris, qu'il y avait des souterrains remplis de monstres.

(116) Et puis, il y avait aussi les bonnes sœurs, un élément marquant du paysage hospitalier.

VB

(117) Oui, c'est fascinant.

FA

(118) Quand je suis entré en 1975, c'était une période révolutionnaire pour la psychiatrie.

(119) On imagine mal aujourd'hui l'effervescence qu'il y avait à ce moment-là.

(120) L'époque était marquée par une grande ouverture.

(121) Aujourd'hui, la psychiatrie semble se refermer sur elle-même, mais à l'époque, tout était en mouvement.

(122) Dès mon arrivée à Sainte-Marie, j'ai découvert une association très active :

(123) L'Association des équipes de soignants psychiatriques d'Auvergne (AESPA).

(124) Elle réunissait de nombreux psychiatres, des médecins-chefs, dont les deux médecins que je connaissais avant d'intégrer l'école.

(125) Et puis, il y avait beaucoup de soignants engagés.

(126) L'association organisait des réunions, des débats, il s'y passait énormément de choses.

(127) Dès le départ, j'ai plongé dedans à pieds joints.

(128) Mon beau-père en était un des animateurs, donc j'ai été naturellement entraîné dans cette dynamique militante.

(129) On regardait des films sur l'anti-psychiatrie, on discutait des nouvelles pratiques...

(130) Parallèlement à cette formation engagée, l'école proposait aussi un enseignement plus classique :

(131) Le directeur de l'école était un psychiatre, le docteur Robin.

(132) Les enseignants étaient pour la plupart des médecins de l'hôpital.

(133) Les cours de médecine générale étaient donnés par un interne.

(134) Les moniteurs ?

(135) Il y avait une religieuse, deux monitrices, et un moniteur.

(136) Les intervenants extérieurs étaient rares, à part un philosophe...

(137) Mais lui, il s'était déjà fait virer quand je suis arrivé.

[...]

FA

(158) Ce qui restait structurant dans cette formation, c'étaient les stages.

(159) Ils étaient longs, et nous faisons le tour de tous les secteurs.

(160) C'était une véritable immersion, et surtout, une découverte du terrain dans un monde en pleine transformation.

(161) À cette époque, Sainte-Marie était encore un asile, mais il y avait déjà une bataille pour l'ouverture, avec des innovations qui apparaissaient ici et là.

[...]

FA

(207) Non, non, c'est une bonne question.

(208) Honnêtement, je n'ai pas de souvenir précis d'une formation structurée sur l'entretien.

(209) Il y avait bien sûr des discours convenus, des grandes phrases sur l'importance de l'écoute...

(210) "Le patient est au centre..." "La relation est essentielle..."

(211) Mais en pratique, on apprenait surtout sur le terrain.

[...]

FA

(258) Voilà.

(259) Alors, je ne sais pas si les sœurs avaient une carte d'adhésion à l'association...

(260) Mais certaines venaient aux réunions, suivaient les débats.

(261) Il y avait aussi des religieuses qui étaient très impliquées, notamment dans la formation.

(262) L'une d'elles était même directrice adjointe de l'école d'infirmiers et jouait un rôle clé dans son évolution.

(263) Mais à côté de ça, il y avait aussi des sœurs plus traditionnelles, qui refusaient de voir ou d'entendre ce qui se passait.

(264) C'était vraiment une époque de transition, où deux visions du soin se croisaient et s'affrontaient.

V.B.

(265) Allez-y.

F.A.

(266) Des femmes comme les autres, quoi.

V.B.

(267) Ben oui

F.A.

(268) Oui, mais... Elle a quitté la congrégation malgré elle.

(269) En fait, elles étaient deux, et elles ont décidé de quitter la congrégation des sœurs de Sainte-Marie.

(270) Je ne sais pas si je vous ai déjà raconté cette anecdote, mais elle est marquante.

(271) Elles ont dû quitter la congrégation en juillet, et... Le 15 août, jour de la fête de Sainte-Marie, elles sont mortes dans un accident de voiture.

[...]

FA

(341) Ah non, non.

(342) Nous étions directement salariés de l'hôpital dès notre entrée à l'école.

[...]

FA

(363) Oui.

(364) Mais il y a eu un mouvement de solidarité.

(365) Ma promotion s'est mise en grève pour me soutenir.

(366) Ils ont installé un mannequin à ma place dans la salle d'examen, pour symboliser mon absence.

(367) Les bonnes sœurs ont fini par intervenir, en reconnaissant que c'était dur et injuste.

(368) Elles ont accepté qu'un examen aménagé soit organisé pour moi, un peu plus tard, afin que je puisse passer en troisième année.

V.B.

(369) C'est une anecdote incroyable...

(370) C'est exactement ce que je recherche : ces moments humains, ces gestes de solidarité qui racontent l'esprit d'une époque.

F.A.

(371) Oui, oui...

(372) C'était un véritable signe d'un esprit collectif et engagé.

(373) Aujourd'hui, est-ce qu'une promo ferait la même chose ?

(374) J'en doute...

[...]

FA

(470) Mais peu à peu, on a développé d'autres approches.

(471) On a travaillé sur :

(472) Les appartements thérapeutiques.

(473) L'accompagnement en maison de retraite.

(474) L'animation de groupes en EHPAD.

(475) L'objectif, c'était de vider l'hôpital des patients qui pouvaient vivre ailleurs, à condition d'être accompagnés.

(476) On a mis en place des équipes mobiles qui allaient dans les maisons de retraite, une ou deux fois par semaine.

(477) Dans mon service, on a aussi créé un groupe spécifique, pour les patients les plus en difficulté.

(478) On l'a appelé "le groupe des Nigauds".

[...]

FA

(559) D'emblée, je ne me suis jamais vraiment considéré comme infirmier.

(560) Si je devais me définir, je me rapprocherais plutôt de la conception italienne de l'opérateur social.

(561) J'ai toujours eu l'impression d'être plus un accompagnateur social qu'un infirmier au sens strict.

V.B.

(562) C'est intéressant...

F.A.

(563) J'ai beaucoup réfléchi à cette question.

(564) Le mot "infirmier" vient d'infirm... Et infirme vient d'enfermer.

(565) Or, moi, dès mon arrivée en psychiatrie, mon objectif était de faire tomber les murs.

(566) J'étais militant.

(567) J'ai quitté le PC, et je me suis radicalisé—pas au sens politique extrême, mais dans mon engagement psychiatrique.

(568) Je ne voulais pas perpétuer l'institution asilaire.

(569) Je voulais en finir avec l'hôpital psychiatrique.

(570) Pour moi, il fallait inventer un autre métier, une autre fonction.

(571) D'où mon adhésion à l'idée d'opérateur social.

V.B.

(572) Oui.

F.A.

(573) J'ai même combattu la création du diplôme d'Infirmier en Psychiatrie (l'ISP).

(574) À Sainte-Marie, on a tenté de créer l'ANFIP—une association professionnelle pour défendre l'identité des ISP.

V.B. (56:22):

(575) Oui, je connais bien !

F.A. (56:22):

(576) Moi, j'étais contre cette initiative.

(577) Pourquoi ?

(578) Parce que leur projet était de faire des ISP des infirmiers comme les autres.

(579) Et moi, je pensais exactement l'inverse.

(580) Nous ne serions jamais des infirmiers "comme les autres".

(581) J'ai passé toute ma carrière à défendre la spécificité des ISP.

(582) Je l'ai même écrit dans un article pour la revue Synapse, où j'ai défendu l'idée que la psychiatrie était une médecine spéciale.

(583) Mais peu à peu, cette spécificité a disparu...

[...]

FA

(707) Mais il y a eu une limite, un tournant où ça n'a plus été possible.

(708) J'ai souvent dit que j'ai eu de la chance d'arriver au bon moment.

(709) Le tournant, c'est les années 95.

(710) À ce moment-là, je fais l'école de cadre.

(711) Mon médecin-chef quitte son poste et est remplacé par un psychiatre plus jeune, issu de la nouvelle psychiatrie.

(712) Il est encore ouvert aux innovations, car c'était bien vu à l'époque, mais progressivement, tout se referme.

(713) La mise en place de l'informatique, la gestion administrative qui prend le pas sur le reste...

(714) Je n'étais pas encore officiellement cadre, mais je faisais fonction de cadre.

(715) Puis les services ont été regroupés, et mes tâches sont devenues essentiellement administratives.

(716) Là où j'avais un rôle d'animation et de dynamisation d'une équipe, je me suis retrouvé à gérer des dossiers, à faire du reporting, et les relations avec les collègues ont changé.

FA

(756) J'écrivais déjà avant d'entrer en psychiatrie, notamment de la poésie.

(757) Quand on nous a demandé de tenir un journal de stage, j'ai décidé de faire un "Journal de la folie".

(758) C'était un mélange de carnet de bord, d'anecdotes, de réflexions théoriques, et de poèmes.

(759) Puis j'ai continué à écrire dans des revues syndicales, des publications internes, puis des articles professionnels.
(760) C'était un prolongement naturel de ma pratique.

FA

(874) Je ne sais pas si Tapissier a le même souvenir que moi, mais moi j'ai des traces écrites :
(875) C'est pendant cette journée qu'un groupe s'est formé, et qu'ils ont commencé à structurer l'idée de l'ANFIP.
(876) Mais pour moi, c'était une erreur.
(877) Dès le début, j'ai vu dans cette démarche une volonté d'aligner la psychiatrie sur le modèle généraliste des soins infirmiers.

[...]

(883) Et je tique toujours quand on parle de "bilan de vie professionnelle", ou même d'"identité professionnelle".
(884) Aujourd'hui, tout le monde parle d'identité et de communauté.
(885) Je trouve ça dangereux.

[...]

(889) Parce que ça crée des frontières.
(890) Et des frontières, ça veut dire des conflits.
(891) On passe plus de temps à défendre un territoire qu'à construire quelque chose.
(892) Regarde : on est passés du communisme à une explosion de communautés fermées sur elles-mêmes.
(893) Aujourd'hui, tout est fragmenté.

[...]

FA

(947) – 1:32:12
(948) Moi, je reste persuadé d'une chose : ce qui nous définit, c'est la clinique.
(949) C'est notre ancrage.
(950) Même si la clinique a évolué, même si elle ne se fait plus au lit du patient, elle reste le cœur du métier.

HMT

Hammeau Marie-Thérèse

Entretien réalisé le 10 octobre 2024

Durée : 1 h 18 min

Mode de réalisation : Visioconférence via Teams, à la demande de la participante.

Consentement : La participante a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées

[...]

MH

(16) Alors, aujourd'hui, je suis retraitée, veuve, j'ai deux enfants et trois petits-enfants.

(17) Je suis née à la campagne et j'ai fait toute mon école primaire là-bas avant d'intégrer le collège.

(18) Je suis allée jusqu'en terminale, puis j'ai passé mon bac.

(19) Ensuite, pendant un an, j'ai été pionne dans un collège, et c'est là que j'ai commencé à réfléchir à mon avenir.

(20) Mes parents n'étaient pas fortunés, et je m'étais toujours dit que je ne leur imposerais pas de payer mes études.

(21) Même l'université me paraissait difficile à assumer financièrement.

(22) C'est comme ça que j'ai décidé d'entrer à Sainte-Marie.

[...]

MH

(75) J'ai passé un entretien.

(76) À l'époque, c'étaient des religieuses qui géraient ça.

(77) Je me souviens qu'on m'a posé une question qui m'a marquée : "Avez-vous souvent déménagé dans votre vie ?".

(78) J'ai répondu "Non", alors qu'en réalité, oui, j'avais beaucoup déménagé.

(79) Mais j'étais méfiante, je ne voulais pas trop en dire.

(80) Par exemple, je n'ai absolument pas évoqué les problèmes de mon père.

[...]

MH

(174) À l'époque, on commençait à six heures du matin.

(175) Elle, elle arrivait souvent à six heures moins le quart.

(176) Elle levait les patients très tôt, elle les mettait à table... Et il y avait une dame qui n'arrêtait pas de crier, vraiment, de hurler.

(177) Et elle... elle lui mettait la serviette de table dans la bouche pour qu'elle se taise.

(178) Alors ça, c'est vrai que c'est un truc qui m'a marquée.

[...]

BV

(296) Ah, voilà, vous voyez ?

(297) Les électrochocs se faisaient à l'infirmerie ?

MH

(298) Oui, à époque, on les faisait sans anesthésie.

BV

(299) Oh... Alors, prenez le temps de me raconter ça.

(300) Est-ce que vous y participiez directement ?

MH

(301) Bien sûr, j'ai tenu les électrodes, j'ai tenu le mort.

[...]

MH

(434) Ah, moi, je me suis éclatée !

(435) C'était complètement autre chose...

Les patients étaient intéressants, attachants, et il y avait toutes sortes de pathologies psy : des névroses, des délires... Un vrai mélange.

(436) On faisait du sport, de la musicothérapie, on préparait des repas ensemble, on allait au cinéma...

Et il y avait aussi beaucoup d'entretiens avec les patients.

BV

(437) Les entretiens infirmiers, vous en faisiez beaucoup ?

[...]

MH

(458) Oui, absolument !

(459) Par exemple, on essayait d'aider les patients à quitter l'hôpital, surtout ceux qui y étaient depuis longtemps.

(460) On les accompagnait pour trouver un appartement en ville, souvent proche du centre de jour au début.

(461) Alors, ça ne fonctionnait pas toujours, certaines expériences étaient des échecs...

Mais on était dans cette dynamique-là.

[...]

MH

(541) J'ai toujours été syndiquée.

BV

(542) Les deux sont parfois liés, entre engagement syndical et engagement associatif...

MH

(543) Oui, bien sûr.

(544) J'ai été à la CFDT toute ma carrière.

BV

(545) :

C'était important pour vous, cet engagement syndical ?

(546) Ou bien c'était plus un engagement par habitude, parce que les autres le faisaient ?

MH

(547) Ah non, non, j'étais active !

(548) J'étais vraiment impliquée, oui.

[...]

MH

(566) Je travaillais avec des infirmiers diplômés d'État (DE), qui, pour certains... Je ne veux pas être trop dure, mais... Ils méprisaient presque la psychiatrie.

(567) Ils étaient infirmiers DE, mais pas infirmiers psychiatriques.

[...]

MH

(596) Une infirmière DE, qui était très douée en dessin, a voulu monter un atelier peinture avec les patients.

(597) Très bien, c'est une bonne idée.

(598) Les patients font leurs dessins... Et là, elle commence à leur mettre des notes sur leurs œuvres !

BV

(599) Oh oui... Un exemple vaut mieux que mille mots !

MH

(600) Voilà...

BV

(601) Je vois exactement ce que vous voulez dire.

[...]

MH

(781) Un de mes meilleurs souvenirs, c'est un séjour thérapeutique qu'on a organisé avec Madame Chalençon.

(782) On a tout préparé avec les patients : l'itinéraire, le trajet... Ils ont vraiment participé à l'organisation.

(783) C'était un séjour itinérant, on changeait de lieu tous les jours pendant une semaine.

BV

(784) Le projet ?

(785) Oh, quel courage !

MH

(786) Oui, et tout s'est super bien passé.

BV

(787) L'entente avec les patients était bonne ?

MH

(788) Oui, ils en ont vraiment profité, on a fait plein de découvertes...

C'est un souvenir extraordinaire, vraiment.

BV

(789) Ah ouais, oh là là...

MH

(790) C'est vrai qu'avec Monique, on avait l'habitude de fonctionner ensemble.

(791) On a fait beaucoup de séjours thérapeutiques, mais celui-là, je pense qu'il n'y a pas grand monde qui aurait osé le faire comme ça.

BV

(792) C'est impressionnant... Et vous étiez toutes les deux professionnelles, juste vous deux ?

MH

(793) Oui, pour ce projet-là, on était seules du début à la fin, rien que nous deux.

BV

(794) Et combien de patients vous aviez ?

MH

(795) On prenait toujours un trafic 9 places : nous deux et sept patients, six ou sept selon les fois.

Beaucoup

LJ

Lamy Jocelyne

Entretien réalisé le 8 mars 2024

Durée : 1 h 05 min

Mode de réalisation : En présentiel au domicile de Me Lamy

Consentement : La participante a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées

[...]

LJ

(32) J'avais du mal avec la théorie. La pratique, ça allait, mais la théorie... Apprendre des choses par cœur, ça ne me convenait pas trop.

(33) Je me souviens, par exemple, qu'on devait détailler chaque geste. Pour prendre la température d'un patient, il fallait dire : "Je prends le thermomètre, je le secoue, je le nettoie..." Moi, ces détails-là, je n'y étais pas trop attachée.

(34) Mais bon, je me suis accrochée et j'ai réussi à obtenir mon diplôme.

[...]

LJ

(58) Exactement, au début on ne connaît rien. On suit les infirmières, on observe, et petit à petit on comprend ce qu'est le soin.

(59) En psychiatrie, le soin n'est pas physique, pas concret, mais la relation avec le patient, ça s'apprend.

(60) J'ai eu la chance d'avoir, lors de mes deux premiers stages, des équipes qui m'ont bien transmis cette relation au patient.

VB

(61) Je me pose une question sur l'accueil des équipes. Vous représentiez une nouvelle génération d'infirmiers, avec un nouveau diplôme, les toutes premières promotions après 73-74.

(62) Est-ce que sur le terrain, il y avait un clivage ? Une différence de traitement ? Des débats autour de cette nouvelle génération ?

LJ

(63) Non, pas vraiment. On me disait surtout : "Oui, mais toi, tu as de la chance."

VB

(64) Oui, le sujet principal, c'était plutôt les conditions de travail.

LJ

(65) Exactement. Moi, quand j'étais stagiaire, je faisais le ménage. Avoir un stagiaire, à l'époque, c'était surtout ça : faire le ménage.

VB

(66) Je vois que vous avez des souvenirs assez précis... Je vais en profiter pour approfondir cette période.

(67) Quel regard portiez-vous sur les cadres formateurs et les intervenants à l'IPSI ?

LJ

(68) On était répartis en groupes. Moi, j'étais avec une monitrice très humaine, qui aimait son métier et qui nous a transmis cette passion.

(69) Il y avait trois moniteurs à l'époque. J'étais contente d'être avec Marie-Jo, parce qu'elle nous faisait aimer la formation.

(70) Elle était simple, bienveillante. Et quand elle ne savait pas répondre à une question, elle disait : "Je vais demander à quelqu'un d'autre et je reviendrai vers toi."

(71) Un moniteur ne sait pas tout, après tout. On avait beaucoup de questions.

VB

(72) Il y avait aussi des psychiatres qui intervenaient ?

LJ

(73) Oui, à l'époque.

VB

(74) Sur les maladies mentales ?

LJ

(75) Oui.

VB

(76) C'était plutôt des cours magistraux ou y avait-il un lien avec les stages ensuite ?

LJ

(77) On apprenait maladie par maladie. Ensuite, en stage, on essayait de voir si les patients correspondaient à ce qu'on avait étudié. C'était plus concret.

(78) J'ai toujours gardé un profond respect pour le patient. Mais tout le monde ne partageait pas cette approche. J'ai vu des soignants maltraitants.

(79) J'ai travaillé dix ans de nuit. Quand on est seul, il peut se passer des choses, certains font un peu n'importe quoi. Ça m'a heurtée parfois.

(80) Ma carrière a été très diversifiée. Après mon diplôme, j'ai intégré une unité où le médecin-chef était celui qui m'avait acceptée à l'école.

(81) En fin de deuxième année, quand on passait en troisième, certains disaient : "Elle a des difficultés, on ne va pas la garder."

(82) Lui a répondu : "Si, si, moi je la prends dans mes services après son diplôme." Et effectivement, j'ai intégré son service après mon diplôme.

(83) Je ne sais pas pourquoi il m'avait soutenue, on n'avait jamais eu de contact particulier.

(84) Il demandait qu'on tienne un cahier de stage où l'on notait ce qu'on faisait avec les patients.

(85) Au début, j'écrivais des horaires : "8h, petit-déjeuner. 8h30, toilette."

(86) Il m'a dit : "Non, ce n'est pas ça que je veux. Je veux ton rapport au patient."

VB

(87) Pendant cette période, vous avez senti une évolution dans votre approche ?

(88) Avec vos collègues étudiants, est-ce qu'il y avait une réflexion sur la psychiatrie et ses mutations, ou est-ce que ça restait superficiel ?

LJ

(89) Non, il y avait des discussions. On parlait des évolutions de la psychiatrie, de ce qu'on voyait en stage.

(90) Les hommes étaient mieux acceptés, les femmes un peu moins.

(91) Dans une unité où j'ai été envoyée, ils avaient renvoyé toutes les stagiaires précédentes.

(92) Si on avait une note de stage en dessous de la moyenne, on était exclu de l'école.

(93) Il y avait intérêt à bien faire... C'est pour ça que beaucoup ont été renvoyés.

(94) Si une surveillante ne nous appréciait pas, elle pouvait nous mettre une mauvaise note et c'était fini.

(95) On s'est révoltés contre ça, on a manifesté. Certains ont été exclus à cause de ça.

VB

(96) Vous n'aviez pas de possibilité de contestation des notes ?

LJ

(97) Non, et c'était injuste.

(98) En deuxième année, on a vu des camarades sérieux, qui travaillaient bien, être renvoyés juste parce que leur note de stage était sous la moyenne.

VB

(99) C'était éliminatoire, donc ça donnait un grand pouvoir aux encadrants.

LJ

(100) Oh oui !

(101) Moi, j'ai compris qu'il fallait jouer le jeu.

(102) Je posais plein de questions à ma surveillante, même quand je connaissais déjà la réponse. Ça la valorisait, elle m'expliquait plein de choses.

(103) Quand je suis partie, j'étais soulagée.

[...]

LJ

(121) Par rapport aux DE, on disait qu'ils nous considéraient comme des "infirmiers de la serpillière".

(122) Beaucoup de services n'avaient pas d'agent de service hospitalier (ASH), donc on faisait le ménage en plus des soins.

(123) La génération d'avant la mienne n'avait quasiment pas d'ASH. Moi, j'en ai connu, mais malgré tout, on savait qu'on n'était pas considérés par les DE.

(124) Plus tard, quand le diplôme ISP a été reconnu, il a fallu envoyer notre diplôme pour qu'il soit converti en diplôme d'infirmier DE en psychiatrie.

[...]

VB

(184) Pour vous, c'était normal, c'était intégré au fonctionnement ?

(185) Vous n'avez pas perçu d'évolution majeure, ni participé à de nouveaux projets d'ouverture ?

LJ

(186) Non, je ne suis pas restée longtemps dans cette unité.

(187) J'ai eu un enfant et, après mon retour de maternité, j'ai été affectée en long séjour.

(188) Ça a un peu coupé mon parcours et, après, je n'ai pas été impliquée dans de nouveaux projets.

(189) Puis, je suis revenue dans le service du Dr Blandin, celui où j'avais commencé.

(190) Malheureusement, c'était parce qu'une infirmière avec qui on s'entendait bien s'était tuée en voiture... Il y avait une place vacante.

[...]

LJ

(199) À l'époque, on avait du temps, parce qu'on était nombreux en équipe.

(200) On pouvait prendre le temps d'entrer dans la chambre d'un patient, de s'asseoir et de discuter.

(201) On fumait à cette époque... On offrait une cigarette, on fumait dans la chambre avec le patient.

(202) Quand on y repense aujourd'hui, ça paraît impensable !

(203) C'était un peu un prétexte pour discuter, mais ce n'était pas encore formalisé comme ça l'a été après.

(204) Plus tard, j'ai appris à structurer et formaliser mes entretiens avec les patients.

(205) Parfois, on s'inscrivait vraiment dans un projet avec eux.

(206) Je me souviens d'un patient qui avait des difficultés, il était un peu limité et on l'a aidé à trouver du travail.

(207) Je m'étais investie, j'allais voir son employeur, on discutait régulièrement.

(208) C'était un travail intéressant, mais on nous reprochait parfois de "prendre la place" des assistantes sociales.

(209) Elles n'étaient pas très contentes, elles trouvaient qu'on empiétait sur leur domaine.

VB

(210) Est-ce que vous preniez réellement la place des assistantes sociales ?

LJ

(211) Pas du tout. Nous, on était dans le soin, elles non.

(212) Mais aller voir un employeur, oui, parce qu'un patient pouvait avoir du mal à garder son travail, comme ce garçon qui finissait toujours les verres et débarrassait les tables dans un bar.

VB

(213) Ça me fait rebondir sur une autre question : comment se passaient les relations avec l'équipe ? Les réunions étaient-elles régulières, utiles ?

LJ

(214) Je ne me souviens plus exactement, mais on avait une réunion avec le médecin, peut-être une fois par mois, pour parler des patients.

(215) Il n'y avait pas encore de dossiers de soins infirmiers.

(216) Tout se faisait dans un simple cahier où l'équipe notait le comportement du patient.

(217) Mais les dossiers, c'était le médecin qui les détenait, il avait tout le pouvoir décisionnel.

(218) Pour nous, il n'y avait aucun écrit infirmier officiel, rien qui restait.

(219) Quand on nous a introduit les dossiers de soins, j'ai trouvé ça formidable : enfin, on allait pouvoir écrire !

(220) Avant, tout reposait sur la parole du médecin, et les patients le savaient.

(221) Ils nous disaient parfois : "Ne lui dites pas que je me suis mal comporté, sinon il va me punir et je ne pourrai plus sortir."

(222) Il y avait une forme de chantage, et nous, on n'avait pas d'outil pour documenter officiellement ce qu'on voyait.

[...]

LJ

(241) De 1985 à 1995.

(242) Pendant cette décennie, l'hôpital a énormément changé.

(243) Mais comme j'étais de nuit, je ne l'ai pas vu évoluer directement.

(244) Quand je suis revenue en poste de jour, j'avais l'impression d'être une stagiaire, tout avait changé.

VB

(245) Vous êtes revenue en journée en quelle année ?

LJ

(246) En 1995.

(247) Et entre 1985 et 1995, tout avait évolué, mais pas toujours dans le bon sens.

(248) Avant, si un patient demandait un comprimé pour un mal de tête, on lui donnait.

(249) Après, ce n'était plus possible : il fallait que ce soit prescrit.

(250) On entendait souvent : "Je n'ai plus le droit de faire ci, plus le droit de faire ça."

VB

(251) Si je reformule, vous avez eu le sentiment d'une responsabilité accrue, mais avec une moindre autonomie ?

LJ

(252) Oui, clairement une moindre autonomie.

(253) Avant, si un patient ne rentrait pas de permission, on prenait une voiture et on allait le chercher nous-mêmes.

(254) Ensuite, ça n'a plus été possible, il fallait passer par toute la hiérarchie avant d'intervenir.

[...]

LJ

(329) Non.

(330) À l'époque, les patients avaient un certain respect pour les soignants.

(331) Je sais que la violence existait, mais moi, je ne l'ai pas vécue directement.

(332) La nuit, avec des patients qu'on ne connaît pas, ça pourrait être compliqué, mais on nous donnait quelques consignes au début.

(333) Par contre, il n'y avait pas de chevauchement d'horaires : on arrivait à 21h et l'équipe de jour partait à 21h.

(334) Donc, si on voulait avoir des informations, il fallait arriver plus tôt, vers 20h45, pour savoir où on était affectée et quelles étaient les précautions à prendre.

(335) Parfois, l'équipe nous disait : "Celui-là, attention, ne rentre pas seul dans sa chambre" ou "Celle-ci, laisse-la tranquille, elle a besoin de repos."

(336) Ce n'était pas du soin à proprement parler, mais il y avait une vraie écoute des patients anxieux.

(337) Beaucoup avaient du mal à dormir, et la nuit, ils parlaient plus facilement.

VB

(338) Oui, la nuit est souvent propice aux confidences.

LJ

(339) Exactement.

VB

(340) Mais même en dehors du travail de nuit, avez-vous vu une évolution dans la manière dont les infirmiers perçoivent la violence et l'agressivité des patients ?

(341) Par exemple, chez les jeunes générations ?

LJ

(342) Oui, parce qu'ils n'étaient pas formés.

(343) Pour eux, il fallait "cadrer" les patients.

(344) Moi, ça me désolait d'entendre ça.

(345) Par exemple, un schizophrène qui se lève en plein repas... Certains disaient : "Il n'aura pas son café, il s'est levé, il est parti, il faut lui imposer un cadre."

(346) Je trouvais ça absurde. Ce n'est pas du soin, c'est juste du contrôle.

(347) Heureusement, beaucoup de formations ont été mises en place.

(348) Moi, j'ai suivi 25 formations à l'hôpital.

[...]

LJ

(404) Il disait que tout pouvait servir à la réhabilitation.

(405) Par exemple, il avait monté un groupe de pêche avec les patients.

(406) Il ne leur montrait pas directement comment faire, il leur demandait : "Comment tu mettrais l'asticot sur l'hameçon ? Montre-moi."

(407) L'idée, c'était que les patients trouvent leurs propres réponses.

(408) Il nous disait aussi : "Si un patient n'a plus de médicaments, qu'est-ce qu'il fait ? Comment il gère ça ?"

(409) On réfléchissait aux étapes avec lui, mais c'est le patient qui décidait au final.

(410) Et forcément, ça fonctionnait mieux.

(411) Quand on impose une solution, on est souvent trop performants pour eux, et ils n'arrivent pas à suivre.

[...]

LJ

(463) C'est dommage.

(464) C'est dommage qu'il n'y ait plus cette expertise spécifique des infirmiers en psychiatrie.

(465) Mais bon, c'était l'évolution du système, on n'y pouvait pas grand-chose.

(466) Pourtant, on voyait bien la différence entre les infirmiers DE et les ISP.

(467) En psychiatrie, il faut une tolérance particulière, qu'un DE n'a pas forcément ou n'apprend pas toujours.

(468) Il faut savoir gérer les patients différemment.

(469) Par exemple, le dimanche soir, quand certains rentraient ivres et venaient nous chercher,

(470) notre rôle, c'était d'apaiser la situation, pas de les enfermer pour qu'ils arrêtent de "déranger".

(471) On discutait, on temporisait, et souvent, ça se passait bien.

(472) J'appréhendais un peu ces retours du dimanche soir, mais au final, on connaissait bien les patients.

(473) Je pense qu'un vrai savoir-faire s'est perdu avec cette réforme.

[...]

LJ

(496) Je pense que ce n'est pas parce qu'on est DE qu'on n'a pas de compétence en psychiatrie.

(497) Quand j'étais à l'unité d'accueil, qui reçoit les patients en urgence, la cadre m'avait mis avec un jeune diplômé.

(498) Elle avait dit : "Une ancienne avec un jeune, comme ça il y aura une passation de savoir."

(499) J'aimais bien cette idée de transmission.

(500) Après, certains DE ne voulaient pas apprendre, ils étaient rigides.

(501) Tant pis pour eux, et surtout tant pis pour les patients.

(502) Mais c'est comme ça, l'évolution du métier.

(503) Moi, j'ai toujours cherché à me diversifier.

(504) J'ai fait de l'informatique, j'ai travaillé sur l'informatisation des dossiers patients.

(505) J'ai même été formatrice en informatique pendant trois ans.

(506) Ça m'a permis de rester motivée.

[...]

LJ

(578) Oui, et avec les dossiers patients informatisés, l'infirmier général avait décidé qu'il fallait écrire uniquement en cas de problème.

(579) Mais parfois, ce n'était pas un problème que le patient nous racontait !

(580) Juste une parole, une réflexion sur sa vie...

(581) Et nous, on ne savait plus où l'écrire.

(582) On nous demandait : "C'est un problème de famille ?"

(583) Mais non, parfois, ce n'est pas un problème du tout, juste un échange humain.

(584) Où est-ce qu'on note ça ?

LD

Letourneau Dominique

Entretien réalisé le 12 décembre 2024

Durée : 1 h 37 min

Mode de réalisation : Visioconférence via Teams, à la demande du participant.

Consentement : Lae participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées

LD

(50) Il m'a testé, cherchant à voir si j'étais cohérent.

(51) En sortant, je me suis dit : "C'est bon, laisse tomber, poursuis tes études."

(52) Trois mois plus tard, il me rappelle : "J'ai défendu votre projet et le ministère accepte une expérimentation."

(53) Mais il fallait que ce soit impeccable sur le plan pédagogique et scientifique.

(54) C'est ainsi qu'a été créée la première maîtrise de sciences et techniques en santé mentale.

(55) Elle s'adressait aux infirmiers en reprise d'études, mais aussi aux éducateurs et assistants sociaux.

[...]

LD

(90) Je crois qu'au premier trimestre 1987, en janvier, nous avons organisé une journée de réflexion sur la formation en soins psychiatriques.

(91) Ça s'est tenu à la faculté de médecine de Créteil.

(92) C'est là que j'ai vu arriver une délégation menée par André Tapissier.

(93) Je ne le connaissais pas, pas plus que Didier Dupeux, qui était aussi présent.

VB

(94) Il m'a raconté ça.

LD

(95) Il y avait une troisième personne dont j'ai oublié le nom.

(96) Ils sont montés à Créteil, ont assisté aux interventions académiques et aux ateliers.

(97) J'ai trouvé leur approche intéressante, ils sortaient des cadres habituels.

(98) J'ai toujours été en marge, jamais engagé dans les grandes structures.

(99) Nous avons sympathisé, car il était précieux d'avoir des échanges et du feedback sur ce projet atypique.

(100) Dans le milieu infirmier, cette initiative était regardée avec méfiance.

(101) Comment avaient-ils réussi à obtenir une formation universitaire pour des infirmiers psy ?

[...]

LD

(126) En parallèle, dès mi-1988, il y a eu une grosse réflexion sur la profession infirmière.

(127) L'ANFIP a porté un débat important sur l'avenir des ISP et leur formation.

(128) Trois courants de pensée s'affrontaient dans cette discussion.

(129) Le premier disait : *"Les malades psy sont des malades comme les autres, donc les infirmiers psy sont des infirmiers comme les autres."*

(130) Cette vision défendait une formation unique, ce qui allait préfigurer le diplôme de 1992.

(131) Le deuxième groupe, au contraire, défendait une spécificité forte, considérant que la psychiatrie était un domaine à part.

(132) Ceux-là voulaient maintenir un modèle spécifique d'infirmier psychiatrique.

(133) La troisième vision, plus nuancée, disait qu'il fallait une base commune, puis une spécialisation.

(134) Comme pour les psychiatres qui sont d'abord médecins, les infirmiers psy devaient être d'abord infirmiers.

[...]

LD

(227) L'idée, à l'époque, c'était de faire de l'entrisme, un réflexe culturel autant syndical que politique.

(228) Si nous voulions porter une proposition pour les infirmiers psy, nous devions être dans le mouvement.

(229) C'était une période où les pouvoirs publics réfléchissaient au statut des infirmiers dans la fonction publique hospitalière.

(230) C'était une opportunité d'obtenir une reconnaissance, ce qui explique les grandes manifestations.

(231) Je ne me souviens plus de la date exacte, mais fin septembre, il y avait 100 000 infirmières à Paris.

VB

(232) C'est énorme.

LD

(233) On n'avait jamais vu ça en France. En tout, 300 000 infirmières ont manifesté.

(234) Les pouvoirs publics ont paniqué. Ils n'avaient jamais vu une telle mobilisation.

VB

(235) Impensable aujourd'hui, impensable.

LD

(236) Oui, c'était un tiers de la profession dans la rue.

(237) La manifestation réunissait la coordination infirmière, l'UNASIIF, et d'autres organisations.

(238) Avec Didier, nous étions chargés du service d'ordre.

(239) C'était assez naturel, nous avions l'habitude de gérer ce type de situation.

VB

(240) Excellent.

LD

(241) Ce n'était pas la peine de chercher à se mettre en avant, l'important était d'être là.

(242) Il y avait aussi des syndicats, avec l'éclatement de la CFDT qui a conduit à la création de SUD.

(243) La CGT et Force Ouvrière avaient aussi des tendances internes différentes.

(244) Mais 100 000 personnes dans la rue, c'était impressionnant.

VB

(245) Ah oui, c'est énorme.

LD

(246) Après, il a fallu tenir ce mouvement, ce qui n'était pas simple.

(247) C'est là que l'ANFIP a joué un rôle important pour porter la voix des infirmiers psy.

(248) Sans cette structuration, la psychiatrie aurait été mise de côté dans les négociations.

[...]

LD

(290) Il dirigeait le bureau de la psychiatrie à la Direction Générale de la Santé.

(291) Je l'avais rencontré en 1986-1987, et il appréciait mon approche pragmatique.

(292) Il savait que j'étais direct, mais il voyait que je maîtrisais les dossiers.

(293) Finalement, j'ai pu établir un dialogue avec Marcel Atlan, malgré nos désaccords initiaux.

(294) C'est ainsi que j'ai servi de lien entre le cabinet ministériel et l'ANFIP

(295) Nous avons souvent des informations de premier niveau sur les décisions à venir.

(296) Je savais quand il fallait parler, et surtout quand il ne fallait pas.

[...]

LD

(356) Que faire des ISP qui n'avaient pas le diplôme d'État ?

(357) C'est pour cela que le DE sans secteur psychiatrique a été introduit en 1992.

(358) L'idée était que s'il y avait plus tard une formation complémentaire, il fallait que tous les infirmiers puissent y accéder.

(359) Y compris via une Validation des Acquis de l'Expérience (VAE).

[...]

LD

(380) Honnêtement, je ne sais pas ce que ça veut dire.

(381) Moi, j'ai toujours défendu l'idée qu'un infirmier psy devait d'abord être infirmier, comme un psychiatre est d'abord médecin.

(382) Sinon, ce n'est pas pertinent pour la psychiatrie et la santé mentale.

[...]

LD

(473) Oui. Juillet 1991, précisément.

(474) À ce moment-là, Michel Rocard quitte Matignon, et Claude Évin est remplacé.

(475) Marcel Atlan, qui était proche du cabinet, quitte aussi ses fonctions.

VB

(476) Ah...

LD

(477) C'est la limite de ces stratégies : quand les acteurs changent, les alliances tombent.

(478) Mais la DGS, elle, est restée sur sa ligne :

(479) → *Un diplôme unique.*

(480) → *Le secteur psychiatrique est un cadre d'extinction.*

(481) C'est ce qui a conduit aux tensions et aux débats compliqués sur la transition.

(482) Que fait-on des ISP en place ?

[...]

LD

(782) C'est du temps perdu, en fait.

(783) Un temps énorme gaspillé.

(784) Si au moins on avait maintenu une perspective...

(785) Je ne dis pas que tout devait être mis en place immédiatement...

(786) Mais il fallait laisser une porte ouverte.

VB

(787) Ah ouais.

LD

(788) Une formation complémentaire sur le modèle du Conseil de l'Europe, comme l'ont fait d'autres pays.

(789) Le Portugal l'a mise en place.

(790) La Belgique aussi.

(791) On peut aussi prendre exemple sur le modèle anglais.

(792) À l'époque, j'avais un grand tableau récapitulatif de tous les pays pour voir comment ils organisaient les choses.

VB

(793) Le Portugal a lancé ça.

(794) La Belgique aussi.

LD

(795) Et selon le Conseil de l'Europe, l'accès à une formation complémentaire en psychiatrie nécessite une formation de base en soins généraux.

(796) Toute la problématique était donc d'assurer aux ISP cette formation de base pour ensuite bâtir un complément.

(797) Sinon, on se retrouvait bloqués des deux côtés.

(798) Ce qui me semblait assez logique d'ailleurs.

VB

(799) Mais de toute façon, c'était mort dans l'œuf.

(800) Ils n'ont jamais déposé le diplôme ISP au Conseil européen, il n'a jamais été reconnu.

LD

(801) Alors, là-dessus, il y a deux niveaux.

(802) D'un côté, il y a les recommandations du Conseil de l'Europe, qui servaient de point d'appui.

(803) C'est toujours intéressant pour structurer un argumentaire.

(804) De l'autre, il y avait l'Union européenne, ou plutôt à l'époque la Communauté économique européenne.

VB

(805) Et c'est qui qui a bloqué ?

LD

(806) La France n'a pas déposé la reconnaissance du diplôme ISP.

(807) Je ne connais pas la raison exacte.

VB

(808) Moi non plus, je n'ai rien trouvé là-dessus.

LD

(809) Peut-être que les représentants de la psychiatrie ont jugé que ce n'était pas utile.

(810) Peut-être qu'ils préféreraient rester dans un cadre strictement national, entre eux.

VB

(811) Oui, c'est possible.

LD

(812) Pourtant, si la France avait déposé, le diplôme ISP correspondait aux critères européens de formation et de répartition.

(813) On aurait pu obtenir une reconnaissance à l'échelle de la Communauté européenne.

(814) Mais ils ont seulement déposé le diplôme d'infirmier généraliste.

(815) Je ne sais pas pourquoi.

LF

Longerinas Francine

Entretien réalisé le 9 mai 2024

Durée : 1 h 53 min

Mode de réalisation : Interviewe réalisée au domicile de Me Longerinas

Consentement : La participante a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées

VB

(52) Et vos parents, ils étaient issus de ce milieu ?

LF

(53) Pas du tout. Mes parents étaient paysans, ils avaient une petite ferme.

(54) Nous étions quatre enfants et nous étions tous en pension pour pouvoir étudier, ce qui n'était pas simple financièrement.

(55) À l'époque, on avait cette idée qu'il fallait être indépendant de sa famille. Il fallait gérer, ce n'était pas évident.

(56) Très tôt, chacun a dû se débrouiller. Mon frère, ma sœur... Moi, je suis la troisième d'une fratrie de quatre, avec garçons et filles mélangés.

(57) Mais tout le monde est parti rapidement travailler pour devenir indépendant.

[...]

LF

(120) L'infirmière m'a dit : "Écoute, est-ce que tu peux gérer ? Il faut faire comme ci, comme ça."

(121) Je n'y connaissais pas grand-chose, juste ce qu'elle m'avait expliqué.

(122) Ce n'était pas une cure d'insuline complète, mais ce qu'on appelait un "choc humide".

(123) Il fallait savoir à quel moment resucrer la patiente pour éviter d'aller jusqu'au coma.

(124) Aujourd'hui, en y repensant, c'est hallucinant.

(125) Mais sur le moment, aucun problème. Je ne me suis pas posé de questions.

(126) L'infirmière qui était là comptait sur moi, elle devait gérer d'autres choses en parallèle.

(127) Alors j'ai fait ce qu'il fallait, avec ma patiente.

VB

(128) Un choc humide ? Je ne me souviens pas bien.

LF

(129) On n'allait pas jusqu'au coma, il fallait resucrer avant que la patiente ne bascule trop loin.

(130) Ensuite, il y avait toute la phase de maternage, une prise en charge très particulière.

(131) On enveloppait la patiente dans un drap humide et chaud, avec des couvertures.

(132) On restait auprès d'elle, on la rassurait, on lui parlait, comme si elle renaissait.

(133) C'était un accompagnement très fusionnel, très intime.

VB

(134) Comment expliqueriez-vous ce maternage ?

LF

(135) Après la phase de resucrage, on entourait la patiente de chaleur et d'attention.

(136) On l'enveloppait dans des tissus chauds, on restait avec elle, on la rassurait.

(137) C'était comme si on l'accompagnait dans une seconde naissance.

(138) Je me souviens encore de cette patiente, c'était un rituel qu'on répétait avec elle.

(139) Ces soins visaient à la reconnecter à certaines émotions, à travailler sur elle autrement.

(140) C'était une relation très proche, un moment intense.

(141) J'avais 19 ans à l'époque, j'étais encore une gamine.

(142) Aujourd'hui, j'imagine un étudiant du même âge...

(143) J'étais étudiante, mais je ne connaissais rien encore.

(144) C'était au début de mon stage, mais je n'ai pas hésité.

(145) On était plus aguerris, on ne se posait pas tant de questions.

(146) Il fallait faire, alors on faisait.

(147) Il fallait être adulte, mûrir vite.

VB

(148) Peut-être.

LF

(149) Il fallait une certaine maturité.

(150) Aujourd'hui, je ne demandais plus ça aux jeunes. Mais à l'époque, on ne se posait pas la question.

(151) On en parlait avec les collègues, bien sûr, mais ce n'était pas simple.

(152) Pourtant, cette alternance entre travail et formation était une excellente chose.

VB

(153) Vous appelez ça des stages ?

(154) Aujourd'hui, les étudiants font des stages de 5 ou 6 semaines sur un service avant de revenir en école. Est-ce que c'était la même logique ?

LF

(155) Je ne parlais pas vraiment de stage.

(156) J'ai vu des étudiants infirmiers faire leurs stages, mais ce n'était pas la même dynamique.

(157) Nous, en tant qu'étudiants, on faisait pleinement partie de l'équipe.

(158) On partageait le quotidien avec les autres infirmiers.

(159) Bien sûr, on n'avait pas la même responsabilité, mais on était intégrés.

(160) Alors qu'aujourd'hui, les étudiants sont en passage.

(161) Même s'ils restent 5 ou 6 semaines, ils ne sont pas investis de la même manière.

(162) Il faut que leur stage se passe bien, qu'on leur transmette des choses, mais ils prennent souvent plus qu'ils ne donnent.

(163) À notre époque, c'était donnant-donnant.

(164) Peut-être parce qu'on avait une maturité différente, un vécu avant d'entrer en formation.

(165) Moi, par exemple, j'avais déjà travaillé, j'avais dû être indépendante.

(166) Chez mes parents, il fallait travailler, même si on faisait des études.

(167) Aujourd'hui, je vois la différence avec mes propres enfants et petits-enfants.

(168) On ne leur demande plus autant d'efforts.

(169) Cela joue forcément sur la construction personnelle et sur la manière d'aborder le travail ensuite.

VB

(170) Exactement.

LF

(171) On nous confiait une vraie autonomie, avec de vraies responsabilités.

(172) Jean-Michel, qui est venu plus tard dans mon secteur, en a aussi bénéficié.

(173) On avait un médecin-chef qui nous laissait une liberté incroyable.

(174) Il nous faisait confiance, tant qu'on suivait une trajectoire claire et un projet de soins structuré.

(175) C'est nous qui construisions les projets et qui lui soumettions.

(176) Il validait ou non, mais en général, il nous faisait confiance.

(177) C'était une chance énorme, on pouvait vraiment innover.

(178) Aujourd'hui, on ne retrouve plus cette dynamique.

(179) À l'époque, les médecins-chefs avaient une aura.

(180) Ils étaient des figures d'autorité, avec une vraie vision de la psychiatrie.

[...]

VB

(372) Je vous pose cette question car on parle souvent de la sectorisation comme une forme d'émancipation en psychiatrie, qui s'est traduite par la désinstitutionnalisation.

(373) Avez-vous été partie prenante de ce mouvement ?

LF

(374) Complètement, complètement.

(375) C'était une évolution naturelle de la psychiatrie.

(376) Tout à l'heure, je parlais de Saint-Alban, et c'est vrai que des journées y étaient organisées.

(377) La psychothérapie institutionnelle, le secteur, tout cela faisait partie d'un même mouvement.

(378) À cette époque, nous avions la chance d'avoir des psychiatres de renom qui poussaient dans cette direction.

(379) Cela allait de soi, c'était une évidence, on ne pouvait qu'aller vers ça.

(380) La sectorisation a permis d'implanter des unités de soins au plus près de la population, dans la cité.

(381) C'était une ouverture, une façon de faire sortir les patients des murs et de les accompagner autrement.

(382) Cette période a été une révolution dans la prise en charge psychiatrique.

(383) Mais je voudrais revenir sur un point important.

(384) Vous avez parlé de la formation, et c'est quelque chose d'essentiel.

(385) Il y avait la formation initiale, bien sûr, mais nous avons aussi eu la chance de pouvoir nous former tout au long de notre carrière.

(386) J'allais souvent le dire aux étudiants en école d'infirmiers au CHU :

(387) "Vous êtes ici pendant trois ans, vous apprenez plein de choses, mais ne croyez pas que tout est acquis. La formation, c'est tous les jours."

(388) Il faut se remettre en question, se poser des questions sur soi-même.

(389) En psychiatrie, encore plus qu'ailleurs, il est nécessaire de s'interpeller, car ce que l'on vit avec les patients renvoie à beaucoup de choses personnelles.

(390) C'est une dimension réflexive qu'on ne retrouve pas forcément ailleurs.

(391) À cette époque, on avait la chance d'avoir des budgets formation.

(392) Il y avait quelques formations internes, mais la plupart étaient en extérieur.

(393) On pouvait partir à Paris, aller dans différentes institutions pour se former.

(394) Il y avait un plan de formation, il suffisait de s'inscrire.

(395) Et comme il y avait peu de demandes, on pouvait y accéder facilement, même en étant jeune diplômé.

(396) J'ai eu la chance de partir en formation très tôt.

(397) Certaines collègues avaient plus de contraintes familiales et ne pouvaient pas forcément partir, mais celles qui le voulaient pouvaient le faire.

(398) Pour moi, c'était fondamental.

(399) Ces formations permettaient une remise en question profonde.

(400) Elles nous forçaient à interroger notre travail, notre posture, notre relation aux patients.

(401) Tous ces moments de formation étaient aussi l'occasion d'échanger avec des soignants d'autres hôpitaux, d'autres secteurs.

(402) Ces échanges étaient extrêmement riches, car on découvrait d'autres pratiques, d'autres façons de voir les choses.

(403) Et parfois, on rentrait complètement secoué, bousculé, voire démoli par ce qu'on avait entendu et réfléchi.

MA

Merlé André

Entretien réalisé le 18 février 2025

Entretien semi-directif

Durée : 1 h 05 min

Mode de réalisation : Appel téléphonique.

Consentement : Le participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées

[...]

VB

(31) Et j'aimerais montrer aux infirmiers d'aujourd'hui que ça a existé, quoi. Voilà, mais il faut que je l'identifie, vous voyez.

MA

(32) Effectivement, on continue à en parler, hein, on se voit régulièrement avec André Tapissier, on en parle.

(33) Et à la faveur de rencontres, de repas avec des collègues plus jeunes, alors on se... comment dire...

(34) Il y avait des dispensaires.

(35) Dans le cadre de la sectorisation, au moment où on est sorti de l'hosto.

(36) À la faveur de tel psy... J'ai un exemple dans la tête, c'est à Issoire, pas très loin de chez André Tapissier.

(37) Et donc il y a peut-être un an, on en parlait : « Et le dispensaire, il est devenu quoi à Issoire ? Le médecin qui s'en occupait était décédé ».

(38) Ah, mais ça fait longtemps que ça a disparu, ça n'existe plus !

(39) Et j'ai été un peu scotché parce que c'était tout un...

(40) C'est effectivement, comme vous le disiez, toute une approche qui avait été mise en place.

(41) Nous, infirmiers et infirmières, on s'investissait beaucoup, parce que c'était quand même l'extérieur de l'hôpital, hein.

(42) C'était pas rien cette organisation.

(43) Moi, je me souviens, à Issoire, j'ai travaillé sur ce secteur-là pendant un temps.

(44) Et même... d'accord ?

(45) Et j'ai travaillé dans un service où on travaillait beaucoup sur les problèmes d'alcool, entre autres.

(46) On allait visiter avec des médecins du travail dans les entreprises.

(47) Issoire est assez industriel, hein.

(48) On allait dans les entreprises à partir du dispensaire.

(49) Parce que les médecins traitants, les médecins du travail en entendaient parler, et ils faisaient appel à nous.

[...]

MA

(84) Et l'autre service, c'était un service... comment dire... un service clinique, hein.

(85) C'est-à-dire des malades qui arrivaient là, ce qu'on appelait la clinique Sainte-Thérèse.

(86) Où des malades arrivaient, bon...

(87) Je prends l'exemple de l'alcoolique, par exemple, de chez Michelin.

(88) Ça pouvait être un gars de chez Michelin qui débarquait dans cette clinique, qui suivait une cure de désintoxication avec une grosse déprime, hein.

(89) Donc avec des possibilités de sortie qui étaient quand même facilitées.

(90) Mais si ça se chronicisait, il finissait dans un service, dont je vous parlais.

(91) Où on recevait aussi, on faisait quelques cures de désintoxication.

(92) Mais c'était un service entre le service clinique et le service de chroniques.

[...]

MA

(176) André Tapissier s'était intéressé à la période [inaudible].

(177) Parce qu'à Sainte-Marie, il y a eu quand même beaucoup de malades venus de l'hôpital psychiatrique de Strasbourg.

(178) La fac de médecine de Strasbourg, entre autres, a atterri à Clermont.

(179) Et des malades ont suivi.

(180) Ces malades ont été hébergés dans des conditions désastreuses, en même temps.

(181) André Tapissier maîtrise plus ce sujet.

(182) Il s'est intéressé à cette période et on lui a donné... oui, c'est ça, le nom d'une sœur qui avait participé à cette période.

(183) Elle avait fait de la résistance et s'était fait écraser un bras par un camion de la résistance qui est rentré à vive allure dans l'hôpital.

(184) C'est elle qui avait ouvert la porte pour que ces gens-là rentrent.

(185) Et elle s'était fait coincer le bras.

(186) Je vous raconte ça comme ça, parce que c'est... Enfin...

(187) Il travaillait là-dessus, lui.

VB

(188) Et vous, de votre côté, vous me dites que vous êtes très impliqué dans le CE par rapport à la profession d'infirmier.

(189) Je comprends qu'après vous la quittiez et que vous passiez à autre chose.
(190) Mais pour cette période qui m'intéresse, vous êtes quand même très actif, d'après ce que je comprends, par rapport à la profession elle-même.

(191) Vous allez vous impliquer, vous... Comment vous le vivez, vous, le fait d'être infirmier en psychiatrie ?

MA

(192) C'est pour ça qu'on s'entendait très, très bien avec André Tapissier, même avec des modes de fonctionnement un peu différents.

(193) Moi, j'ai un côté rassembleur, hein.

(194) Partout où je passe, j'ai besoin de rassembler des gens.

(195) Et André Tapissier était plus fait pour le leadership.

(196) Moi, je sentais bien que...

(197) Bon, j'allais en formation, en formation continue, dans des groupes, etc.

(198) Mais je sentais bien qu'il fallait...

(199) Syndicalement... Parce que moi aussi, j'étais engagé syndicalement...

(200) Mais syndicalement, ça ne représente pas un monde professionnel.

(201) Le monde professionnel de l'infirmier.

(202) Sauf qu'on n'est pas sur le même niveau.

(203) Et un jour, j'ai dit à Tapissier : il faut qu'on rassemble des gens pour faire une association.

(204) Parce que dans les congrès syndicaux, médico-sociaux, en général, on retrouvait beaucoup les hôpitaux généraux, hein.

(205) Ils avaient beaucoup de poids, les soins généraux étaient valorisés, hein ?

[...]

VB

(481) C'est facile pour vous, l'école d'infirmier, ou c'est compliqué ?

(482) C'étaient des examens, tout ça, les...

MA

(483) Moi, les cours...

(484) Bon, c'étaient surtout les médecins, hein, qui faisaient les cours.

(485) Je sais pas, c'est...

(486) Bon, mais y avait quelques monitrices ou moniteurs...

(487) Oui, moniteurs aussi, laïques.

(488) Y avait des frangines aussi, hein, qui donnaient des cours.

(489) Et... c'était très structuré, hein.

(490) Par contre, j'ai souvenir, c'était extrêmement carré.

(491) Quoi ?

(492) C'était pas de l'à-peu-près, hein ?

[...]

VB

(514) Voilà, la date connue de 68, les événements...

(515) Mais aussi, dans certaines zones peut-être plus rurales, un décalage, quoi.

MA

(516) Voilà, et puis l'activité syndicale qui s'est développée parallèlement.

(517) Parce qu'il y a quand même eu des mouvements de grève.

(518) Des manifestations à Clermont qui étaient énormes.

(519) Parce qu'il y avait là les autres hôpitaux de la coordination qui, eux, manifestaient.

(520) Parce qu'il y avait le siège à Clermont.

[...]

VB

(604) Qui sont abandonnés, qui sont livrés à eux-mêmes.

(605) Oui, c'est plus ça le terme, quoi.

(606) Livrés à eux-mêmes, ouais.

MA

(607) Là, j'ai un bon pote qui est éducateur spécialisé à Rangueil, à Toulouse.

(608) Ouais.

(609) Il est dans le service des ados en crise.

(610) Des fois, je lui envoie des articles, que je vois passer.

(611) Euh. Il me dit que c'est multiplié par dix

(612) Là déjà, avec le COVID, il dit que c'est compliqué de répondre à la demande.

[...]

VB

(645) Est-ce que pour vous, c'est lié, sectorisation et ce volet émancipation de la profession infirmière aussi en psy ?

MA

(646) Oui, oui.

(647) Ah oui ?

(648) Oui, oui.

VB

(649) Vous, vous l'avez ressentie cette liberté, cette autonomie ?

(650) Vous, comment vous la décririez ?

MA

(651) Et c'étaient des trucs tout bêtes...

(652) Mais, d'un système fermé, après, crac, on prenait la 2CV, on allait à Super-Besse.

(653) Parce qu'il y avait un malade à voir, on revenait.

(654) On payait un coup à boire au gars.

(655) Tout ça, c'était toute une logique.

(656) Alors avec des trucs, c'est étonnant...

(657) Avec André Tapissier, je me souviens un jour...

(658) On nous appelle, on nous dit – ah parce qu'on travaillait toujours ensemble hein, en binôme –

(659) « Il faut aller (je me souviens plus du bled), il y a un malade qui tire des coups de fusil dans son champ. »

(660) On se posait pas de questions, on y allait.

(661) Et le gars qui tirait les coups de fusil avait fermé les volets de sa maison.

(662) Il disait : « Ah, Tapissier, Merlet, vous avez mis du temps à venir ! »

(663) Et puis hop, il sort du coin, la valise était prête sur la table.

(664) Oui. C'est inimaginable maintenant, ce genre de truc.

(665) Mais n'empêche que ça...

(666) Oui, y avait une vocation sociale importante.

(667) Dans le bled, quand on allait voir tel malade, les voisins savaient qu'il y avait une espèce de...

(668) Qu'il se passait quelque chose.

(669) Ils pouvaient nous parler, ils commençaient à déconner...

(670) Voilà, voilà.

PJM

Poitre Jean-Michel

Entretien réalisé le 18 mars 2025

Entretien semi-directif

Durée : 2h 07 min

Mode de réalisation : Visioconférence via Teams, à la demande du participant.

[...]

PJM

(53) Ce qui me passionnait, c'était l'unité de soins.

(54) Les formateurs, psychiatres, religieuses et la pharmacienne nous faisaient découvrir un univers que j'ignorais totalement.

(55) Être en immersion dans les unités m'a permis d'apprendre des choses qui, selon moi, ne s'apprennent pas dans les livres.

(56) La vie collective, les locaux, l'ambiance étaient très apaisants. Il y avait un vrai partage avec les patients, et j'ai rapidement eu la sensation d'être utile.

(57) Ce qui m'a marqué, c'est la reconnaissance que je recevais : de la part des patients, des médecins, des responsables. Je n'avais jamais connu ça dans un autre travail.

[...]

PJM

(68) Un jour, il y a eu une grève à l'hôpital. Nous, en tant que stagiaires, on n'y participait pas, mais les grévistes avaient investi l'Ermitage pour protester contre leurs conditions de travail.

(69) Ils voulaient ne plus travailler six jours sur sept et avaient un slogan : "Les sœurs, ça pue et ça pollue."

VB

(70) Ah oui, on m'a raconté ça... Mais il me semblait que c'était "Les sœurs, ça pue, c'est con et ça pollue."

PJM

(71) Possible. En tout cas, quelques semaines plus tard, Sœur Marie-Bernard est revenue en classe et a pris la parole.

(72) Elle a dit : "On m'a dit que les sœurs, ça pue... mais vous savez, moi, ça fait des années que j'ai des garçons en classe, et ça sent les pieds du matin au soir, pourtant je n'ai jamais rien dit !"

(73) Extraordinaire !

[...]

PJM

(170) C'était un secteur réputé très différent des autres.

(171) Le docteur Aubin avait un contact direct avec le directeur, ce qui lui permettait d'obtenir ce qu'il voulait.

(172) Il ne dépendait pas vraiment du directeur, mais plutôt du chef du personnel, et il avait rapidement obtenu des moyens : des véhicules pour faire du secteur, l'ouverture du premier centre de jour...

(173) Il organisait des visites à domicile et avait mis en place un minibus pour les déplacements.

(174) Il annonçait clairement ses intentions : "Je veux faire ça, ça et ça."

(175) Il y avait des réunions tous les jours dans les unités et une réunion hebdomadaire avec tous les soignants, qui y allaient par roulement.

(176) Ces réunions concernaient l'ensemble du secteur. Le docteur Aubin apportait des éléments, la psychologue et les assistants sociaux étaient impliqués... On se sentait complètement libres.

(177) Moi, je me suis lancé à corps perdu dans cette dynamique.

(178) Un jour, on a demandé s'il y avait un volontaire pour s'occuper du bar de l'hôpital.

(179) J'ai accepté, et on a ouvert un bar dans la cour de l'unité de soins.

(180) Il était ouvert de 11h à 13h, et très vite, c'est devenu un lieu de passage important.

[...]

PJM

(202) En parallèle, il y avait une forte présence syndicale parmi les soignants.

(203) Le docteur Aubin et le cadre de santé, Puel, qui deviendra plus tard psychothérapeute, avaient compris qu'il valait mieux regrouper ces soignants dans une unité spécifique pour éviter que cela ne déborde ailleurs.

(204) Parmi eux, il y avait Tapissier et Gisèle Brouillon, ainsi que d'autres infirmières. C'était un groupe très dynamique.

PJM

(205) Avec la psychologue, qui avait une grande influence sur le docteur Aubin, on a réfléchi à un projet pour occuper les patients pendant l'été.

(206) Entre juin et septembre, l'hôpital tournait au ralenti : moins de personnel, moins d'activités, plus de cinéma... Il fallait trouver une solution.

(207) Avec Tapissier, on a donc monté un groupe d'activités qui fonctionnait sur toute la journée, de 9h à 17h ou de 8h à 16h.

(208) On organisait des randonnées au Puy de Dôme, des sorties au cinéma, du sport... On a même transformé un terrain de volley pour pouvoir y jouer au tennis.

- (209) Ça a complètement changé l'ambiance de l'unité.
(210) Fin septembre, ce groupe aurait dû s'arrêter, mais pour moi, c'était impensable.
(211) On voyait des progrès énormes chez les patients schizophrènes, et même les psychiatres en témoignaient.
(212) Le docteur Aubin nous a donc encouragés à formaliser un projet.
(213) J'ai écrit ça rapidement avec deux ou trois collègues, et on a obtenu l'autorisation de poursuivre.
(214) Nous étions cinq soignants à y travailler à plein temps.
(215) En parallèle, un infirmier avait lancé un autre groupe thérapeutique, mais il a été stoppé, car il n'y avait pas la place pour deux structures similaires.
(216) Deux infirmières de ce groupe nous ont rejoint, et l'équipe s'est stabilisée avec Tapissier, Gisèle Brouillon, Francine Longerinas et moi-même.

[...]

PJM

- (230) Oui, tout s'est construit de manière organique. C'était écrit dans le projet, mais en réalité, on a tout structuré nous-mêmes.
(231) Tapissier, par exemple, a eu l'idée d'un atelier technique en parallèle. Il a progressivement laissé le Groupe Social pour s'y consacrer.
(232) Il fabriquait des portails, des meubles... Mais certains patients de notre groupe n'étaient pas en capacité de suivre son atelier.
(233) Certains étaient trop fatigués, pas assidus, ou simplement pas en état de s'investir dans un travail aussi structurant.
(234) C'est de là qu'est née l'idée de l'"Atelier du Non-Faire".
(235) L'Atelier du Non-Faire était destiné aux patients du Groupe Social qui ne pouvaient pas s'intégrer aux autres ateliers.
(236) Contrairement aux activités dirigées, ici, c'étaient eux qui choisissaient ce qu'ils allaient faire chaque jour.
(237) On établissait un programme hebdomadaire avec eux, et on le respectait.
(238) Il y avait des matchs de basket, des balades, des sorties...
(239) Tout était construit autour du choix et du rythme des patients schizophrènes.
(240) Personne ne nous demandait de comptes, car les résultats étaient visibles :
(241) Les patients arrivaient en consultation et racontaient ce qu'ils avaient fait, les difficultés qu'ils avaient rencontrées à l'atelier... mais l'important, c'est qu'ils y allaient.

[...]

PJM

- (262) À ce moment-là, il y a eu une réorganisation des locaux, avec l'ouverture d'une nouvelle unité.
(263) L'ancien bâtiment des religieuses a été transformé en hôpital de jour.
(264) Le chef de service m'a appelé et m'a demandé d'écrire le projet de cette nouvelle unité.
(265) Entre-temps, j'avais aussi travaillé sur un projet de ferme thérapeutique, qui était très en vogue à l'époque.
(266) On avait trouvé des locaux, on avait tout organisé... Mais ça a été abandonné, jugé trop coûteux en personnel et en budget.

VB

- (267) Ah oui, dommage.

PJM

- (268) Finalement, je me suis recentré sur l'idée de l'Atelier du Non-Faire.
(269) C'était le même public que dans le Groupe Social, donc j'ai réajusté le projet et l'ai soumis au docteur Aubin.
(270) Il m'a alors proposé de devenir surveillant de l'unité... On en a discuté, et je me suis laissé convaincre.
(271) Mais quelques mois plus tard, un nouveau médecin, le docteur Kahn, est arrivé et a pris la direction de l'unité.
(272) Il est allé voir Aubin en disant qu'il voulait que Colette Roux devienne surveillante à ma place.
(273) Je n'étais au courant de rien... et elle non plus d'ailleurs.

PJM

- (274) Un jour, Colette est venue me voir et m'a dit :
(275) "Je sais que tu vas être surveillant de l'unité, mais j'ai envie de postuler quand même, pour voir comment ça se passe et me projeter pour plus tard."
(276) Je lui ai répondu : "Bien sûr, vas-y."
(277) Une commission a eu lieu... et au final, ils l'ont nommée à ma place.
(278) Personne ne m'a rien dit.

[...]

PJM

- (284) Les deux autres projets que j'avais montés avaient été signés par le docteur Fayolet.
(285) Aubin m'avait dit que pour que ça soit validé, il fallait qu'un médecin appose sa signature.
(286) "Si ça vous dérange, je peux demander au docteur Fayolet ?" m'avait-il dit.
(287) Qu'est-ce que tu veux répondre à ça ? On en était là...

VB

- (288) Oui... Ça rejoint ce que m'ont dit plusieurs témoins. Certains affirment que les médecins ont "volé la victoire" : l'initiative venait des infirmiers, mais la reconnaissance institutionnelle allait aux médecins.
(289) D'autres disaient que c'était le prix de l'autonomie : laisser les médecins récolter les lauriers pour pouvoir continuer à

agir librement sans contrainte.

(290) Et toi, tu me donnes un exemple frappant : tu montes un projet, il est validé, mais on te demande de céder la signature à un médecin... Symboliquement, ça veut tout dire.

[...]

PJM

(311) Sur le moment, c'était dur à encaisser.

(312) Mais finalement, ce rebondissement m'a poussé à me concentrer sur un autre projet.

(313) Depuis quelque temps, je réfléchissais à comment permettre aux patients de pratiquer des activités physiques et culturelles à l'extérieur de l'hôpital.

(314) À l'époque, il n'y avait quasiment rien, à part un seul lieu d'accueil pour eux.

(315) C'est là qu'est née l'idée de "Contact".

(316) Dans l'unité, on me laissait tranquille.

(317) Pendant deux ans, j'ai été totalement libre de me consacrer au sport adapté.

(318) Ce n'était pas une faveur, c'était juste incontournable : personne ne s'y intéressait, donc on me laissait faire.

VB

(319) Puisque c'est enregistré, autant en profiter : tu veux bien revenir sur la naissance de "Contact" pour que ça soit bien intégré à la transcription ?

PJM

(320) Bien sûr.

VB

(321) Comment tout ça a commencé ? Tu avais cette liberté en interne, mais comment est née l'idée du sport adapté ?

PJM

(322) Ça a commencé très simplement : on voulait faire du sport, mais il fallait trouver un club ou une structure prête à nous accueillir.

(323) On a donc organisé une première réunion...

PJM

(324) J'ai réuni toute l'équipe et je leur ai dit :

(325) "Je pense qu'il y a quelque chose à faire pour un grand nombre de patients. Il faudrait qu'on trouve un lien extérieur pour les accueillir, afin qu'ils puissent pratiquer du sport dans des conditions normales, comme tout sportif."

(326) À ce moment-là, on ne parlait que de sport, sans autre dimension.

(327) Tout le monde était d'accord : "Oui, bien sûr, il faut y aller."

(328) Mais concrètement, je n'avais pas encore d'idée précise.

(329) J'ai décidé de me renseigner et je suis allé voir la Direction Départementale Jeunesse et Sports.

(330) Ils m'ont orienté vers la Fédération Française Handisport.

(331) Selon eux, cette fédération ne faisait pas de distinction entre handicaps physiques et psychiques.

(332) J'ai donc rencontré le président de cette fédération, un nageur handicapé qui s'entraînait à la piscine de Chamalières.

(333) Quand je lui ai posé la question, il m'a répondu :

(334) "Vous me posez une vraie question, mais je n'ai pas de réponse. Nous ne sommes pas en mesure d'accueillir des malades mentaux."

(335) Cependant, il m'a conseillé d'aller voir François Brunet, un délégué aux sports qui travaillait à la Direction Régionale des Sports.

(336) Et là, tout a changé.

(337) François Brunet était un personnage exceptionnel.

(338) Il avait beaucoup publié sur l'accès au sport, et même à 83 ans, il écrivait encore sur le sujet.

(339) Il avait une énergie et une vision incroyables.

(340) Quand je l'ai rencontré, il m'a dit :

(341) "Je n'ai pas de solution immédiate pour vous, mais il y a une réunion ce soir avec l'Association Sport Adapté Auvergne. Cette association accueille des personnes en situation de handicap mental sur toute la région clermontoise et le Puy-de-Dôme. Venez !"

(342) J'ai demandé à un infirmier ou une infirmière de venir avec moi, et une collègue a accepté.

(343) On y est allés sur notre temps personnel, à 21h.

(344) On a été accueillis à bras ouverts.

(345) Les responsables nous ont dit :

(346) "Comment est-il possible que des patients stabilisés ne soient pas accueillis dans les clubs de sport ?"

(347) Mais malgré leur enthousiasme, ils n'avaient pas encore de solution concrète à proposer.

(348) Ils nous ont demandé ce qu'on voulait faire.

(349) J'ai répondu : "Ce que nos patients demandent le plus, c'est de pouvoir jouer au football."

(350) Ils nous ont dit : "Très bien, montez une équipe de foot et on vous trouvera des matchs."

(351) À l'époque, il n'y avait ni comité départemental, ni comité régional pour encadrer le sport adapté.

(352) François Brunet a alors décidé d'organiser un stage de formation.

(353) Il a obtenu un financement et invité des infirmiers, des éducateurs spécialisés et d'autres professionnels à passer une semaine au CREPS de Vichy.

[...]

PJM

(384) On nous a proposé un test.

(385) Lors d'un match de foot, on a rapidement vu que nos patients étaient parfaitement intégrés.

(386) Ils étaient dynamiques, souvent très performants... mais comme il n'y avait pas de classement en sport adapté, tout le monde recevait une médaille.

(387) Ça a eu un impact énorme sur eux.

(388) Je t'avais raconté l'histoire d'un patient vietnamien, placé en CAT, que j'ai revu dix ans plus tard.

(389) Il m'a reconnu immédiatement, s'est précipité vers moi, a ouvert sa chemise... et portait encore sa médaille de sport adapté.

(390) Pour ces patients qui n'avaient jamais eu ni diplôme, ni récompense, ces médailles avaient une valeur inestimable.

[...]

PJM

(395) Il y avait quatre secteurs, et très vite, tout le monde a compris que c'était une opportunité pour les patients.

(396) On a présenté notre programme :

(397) Du football, du basket, de l'athlétisme, de la natation (même si chaque unité organisait déjà ses propres activités dans ce domaine).

(398) Puis, on a élargi aux activités culturelles :

(399) On a relancé la chorale, le théâtre et la danse, ce qui a permis aux jeunes femmes de mieux s'intégrer dans le dispositif.

[...]

VB

(417) Oui, je vois... Et au sein de l'équipe de Contact, comment ça fonctionnait ? Il y avait une équipe fixe ou bien ça tournait ?

PJM

(418) Il n'y avait aucun poste détaché.

(419) Par exemple, si une activité d'athlétisme avait lieu le mardi matin, deux ou trois soignants s'organisaient pour se libérer avec des patients.

(420) L'équipe de chaque unité décidait qui partait, sans demander d'autorisation supérieure.

[...]

PJM

(449) Plus tard, les patients de Contact commencent à participer aux rencontres sportives nationales et internationales.

(450) Un exemple marquant : le docteur Ganglus envoie un patient schizophrène participer aux épreuves internationales de ski aux États-Unis.

(451) Il fait partie de l'équipe de France et remporte une médaille, sans encadrement psychiatrique.

[...]

VB

(481) Et Contact a eu d'autres parcours comme celui-là ?

PJM

(482) Oui, il y en a eu trois.

(483) Un autre patient, Luc Boutonnet, a marqué l'histoire de Contact.

(484) Il faisait partie des premiers adhérents et était un des piliers de l'équipe de foot.

(485) J'ai retrouvé une photo de notre départ pour les Jeux Special Olympics.

(486) À ce moment-là, on m'a demandé d'encadrer l'équipe française d'athlétisme.

(487) J'ai emmené toute la sélection française aux États-Unis, à South Bend, dans l'Indiana, en août, pour participer aux Jeux.

VB

(488) Luc Boutonnet était un patient de Sainte-Marie ?

PJM

(489) Oui, il était à Sainte-Germaine avec nous.

(490) J'ai aussi emmené un autre patient qui venait d'un CAT de l'ADAPEI.

(491) Luc a participé aux épreuves d'athlétisme et à un relais.

VB

(492) Incroyable... Je n'avais pas compris que c'étaient des patients en psychiatrie qui participaient directement à ces compétitions.

PJM

(493) Oui, et pour te dire, le directeur de l'hôpital a refusé d'assurer Luc pour le voyage.

(494) Il a donc eu une permission de 15 jours.

(495) Moi, j'ai pris des vacances pour l'accompagner.

VB

(496) Ah oui... donc, toi, tu as pris du temps personnel pour les encadrer ?

PJM

(497) Oui, mais c'était pris en charge par la Fédération, donc ça allait.

[...]

PJM

(514) Oui, on a organisé une grande réunion avec la direction, et un article est sorti dans la presse.

(515) Je crois que je te l'ai envoyé.

VB

(516) Oui, je l'ai bien reçu.

(517) Et donc, ils sont partis avec un psychiatre ?

PJM

(518) Oui, avec un psychiatre et deux infirmiers.

(519) Ils ont gravi le Mont-Blanc par étapes.

(520) Certains se sont arrêtés aux premiers refuges, d'autres plus haut...

(521) Mais la psychiatre est arrivée au sommet avec deux patients !

[...]

PJM

(525) Oui et non.

(526) L'hôpital a quand même financé la logistique de base : véhicules, hébergement, cadre thérapeutique.

(527) Mais sans le sponsoring, ils n'auraient pas pu partir.

[...]

PJM

(591) Et puis le représentant du Puy, de Nice, et du Puyvas, ainsi que plusieurs médecins, participaient aussi aux réunions.

(592) L'enjeu principal, c'était de créer une revue qui puisse représenter tous ces établissements.

(593) Le premier problème, c'était de lui trouver un titre.

(594) Certains voulaient un nom qui mette en avant l'identité de Nice, mais ça ne convenait pas à tout le monde.

(595) J'ai demandé combien nous étions dans l'ensemble des hôpitaux, et on m'a répondu : "5 000".

(596) Alors j'ai proposé un titre simple : *5000 Réunis*.

(597) Ça a fait consensus immédiatement, court, impactant, et parlant pour tout le monde.

(598) J'ai aussi suggéré un sous-titre pour préciser l'orientation : *Un espoir en santé mentale*.

VB

(599) Et c'est resté ce titre-là, *5000 Réunis* ?

PJM

(600) Oui, sauf que la religieuse en charge a voulu modifier légèrement le sous-titre.

(601) Elle a suggéré *Une volonté en santé mentale*, ce qui a été retenu.

(602) C'est plus tard que j'ai compris qu'elle y voyait une référence implicite à la volonté divine.

(603) Mais le titre principal, *5000 Réunis*, est resté inchangé.

Début entretien numéro deux

Entretien réalisé le 12 juin 2025

Entretien semi-directif

Durée : 1h 47 min

Mode de réalisation : en présentiel, lieu neutre

[...]

VB

(664) Peut-être pas, mais ça reste intéressant. On a quand même du recul sur tout ça maintenant.

(665) D'ailleurs, il y a un point qu'on n'a pas abordé : ton engagement syndical ou associatif.

(666) Est-ce que tu as adhéré à l'AMPLIF ou à d'autres collectifs ?

PJM

(667) Mon père était un syndicaliste très connu dans la région, trésorier d'un syndicat.

(668) Quand je suis entré à l'hôpital, je ne voulais surtout pas suivre cette voie.

(669) J'ai adhéré à la CGT, mais juste en tant que simple cotisant, rien de plus.

(670) Très vite, je me suis rendu compte que c'était trop politique pour moi.

(671) Au bout d'un an, j'ai arrêté.

(672) Ensuite, je suis allé à la CFDT avec Tapissier et Merlet, mais même topo.

(673) On parlait plus du Parti socialiste que de syndicalisme.

(674) Ça ne m'intéressait pas, donc j'ai arrêté aussi.

(675) L'AMPLIF, pas du tout. Je n'avais pas le temps ni l'envie.

VB

(676) D'accord, donc pas d'engagement syndical, mais du côté associatif ?

PJM

(677) Oui, là, j'étais très impliqué.

(678) J'étais responsable de trois associations dans l'hôpital, qui permettaient aux patients de participer à des activités.

(679) Il y avait Contact, bien sûr.

- (680) Mais aussi une association dans une unité de soins, où les patients cotisaient chaque jour.
(681) Ils donnaient dix francs par jour au début, et au bout d'un an, on avait accumulé un budget énorme.
(682) Ça permettait de financer des séjours, des visites, des activités, où tout était pris en charge.
(683) C'était un vrai projet collectif.
(684) L'assistante sociale était trésorière, c'était totalement interprofessionnel.
(685) D'ailleurs, c'était le seul secteur qui faisait ça à l'époque.
(686) À mon avis, c'était limite niveau réglementation... mais ça fonctionnait.

[...]

PJM

- (699) Je pense que pour le Dr Aubin, c'était une reconnaissance.
(700) Probablement pour l'hôpital, en interne et à l'extérieur.
(701) Il avait cette vision, c'est lui qui a lancé toute la dynamique des équipes de secteur.
(702) Pendant longtemps, il a été très moteur dans l'organisation avec les autres médecins.
(703) Ça lui donnait de l'importance, c'est clair.

VB

- (704) Ah, d'accord.

PJM

- (705) Mais c'était vraiment l'initiative des médecins.
(706) Il fallait bien trouver des présidents, alors ils se gardaient bien de l'être eux-mêmes.

[...]

PJM

- (763) Ah mais complètement !
(764) En plus, avec mon épouse qui était éducatrice, on était dans cet univers-là à la maison aussi.
(765) Je l'ai vu fonctionner ailleurs, et ça m'a influencé.

VB

- (766) Oui, oui, je vois.

PJM

- (767) On faisait beaucoup de social aussi.
(768) Mais est-ce qu'on est vraiment infirmier quand on trouve un budget pour emmener des patients visiter Paris une semaine ?
(769) Quand on les accompagne partout, au théâtre, dans les spectacles, quand on leur ouvre le monde extérieur ?
(770) On allait partout avec eux.

VB

- (771) Et en 1992, quand le diplôme disparaît, tu le vis comment ?
(772) Avec distance ? Ou ça te touche vraiment ?

PJM

- (773) Moi, je le vis en deux étapes.
(774) À l'époque, je suis un peu en dehors, donc j'interviens surtout ponctuellement dans les unités.
(775) Je vois bien qu'on me sollicite pour expliquer des choses.
(776) Mais là où je vois une vraie différence, c'est avec les jeunes infirmiers qui arrivent.
(777) Ils ont besoin de notre savoir, mais nous, on n'a pas besoin du leur.
(778) Moi, je les trouve hyper bien formés techniquement.
(779) Dès qu'il y a une perfusion, un soin complexe, ils sont très à l'aise.
(780) Nous, par exemple, on ne faisait pas les injections pour les enfants, on appelait des infirmiers de la ville.
(781) J'ai fait une seule perfusion dans toute ma carrière.
(782) Donc ces jeunes, ils ont une formation hyper pointue sur les risques, les médicaments.
(783) Par contre, dès qu'il s'agit de gérer un patient en crise, d'échanger avec lui, là, c'est nous qui avons l'expérience.
(784) Le simple fait de manger avec eux, par exemple, ça leur semblait bizarre.
(785) Nous, c'était une évidence.

RG

Ranoux Gilles

Entretien réalisé le 7 mars 2024

Durée : 1 h 51 min

Mode de réalisation : En présentiel au domicile de Mr Ranoux

Consentement : Le participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées

GR

(18) Voilà. J'ai eu un seul frère, et mes parents. Moi, j'ai fait ma scolarité à Saint-Éloy-les-Mines avant d'aller au lycée Montferrand à Clermont.

(19) J'ai eu un bac D, scientifique, puis j'ai fait médecine. J'ai redoublé la première année.

(20) La première fois, j'ai fait la fête toute l'année. La deuxième, j'ai un peu bossé, mais pas assez pour être classé avec le numerus clausus.

(21) Ensuite, je me suis demandé : qu'est-ce que je vais faire ? L'armée pour médecine ? Kiné ? Autre chose ?

(22) J'avais rencontré ma femme, infirmière brevet d'État au CHU. On s'était connu en colonie à l'Île de Ré.

(23) Elle était de Cherbourg et est descendue à Clermont pour qu'on vive ensemble.

(24) Après mes deux années de médecine, je me suis demandé quoi faire.

(25) Par hasard, j'ai croisé une amie que je n'avais pas vue depuis 2 ou 3 ans.

(26) On a discuté, et elle m'a dit : "Moi, je finis l'école d'infirmier psy à Sainte-Marie."

(27) Je ne connaissais pas du tout cette formation. J'ai demandé ce que c'était, elle m'a expliqué.

(28) Puis elle m'a dit : "Si tu veux passer le concours, faut y aller, ça se termine dans quinze jours."

(29) C'était en octobre, je crois, un truc comme ça...

VB

(127) C'est une question que je voulais poser : comment s'est passée la cohabitation entre générations ?

(128) Vous avez déjà répondu en partie, mais était-elle vraiment favorable aux nouveaux ?

GR

(129) En arrivant, je ne savais pas qu'il y avait différentes générations de diplômés.

(130) Les équipes prenaient les rapports de stage très au sérieux, ils étaient bien construits et argumentés.

(131) Je n'ai pas trouvé que les anciens infirmiers étaient moins bien formés que nous à la sortie.

(132) Ils avaient de l'expérience, peut-être moins de théorie, mais ils tenaient la route.

(133) On travaillait en confiance avec eux, ils savaient gérer les situations difficiles.

(134) Parfois, ce n'était pas très orthodoxe, mais ce n'était jamais violent.

(135) C'était un apprentissage sur le tas, pas un savoir enseigné à l'école.

(136) On connaissait la pathologie et les symptômes, mais pas comment gérer le patient au quotidien.

(137) Les anciens nous montraient comment réagir face aux patients, et sans eux, on aurait sûrement fait des erreurs.

(138) Les infirmiers DE, eux, n'ont jamais eu cette transmission directe.

(139) Personne ne leur expliquait vraiment comment adapter leur comportement aux patients psychiatriques.

(140) Parfois, ça passait, parfois non, et ça pouvait poser problème dans la prise en charge.

(141) Être infirmier psy, ce n'était pas juste donner des médicaments ou mettre un patient devant la télé.

(142) Nous, on jouait aux cartes avec eux : tarot, belote... ça faisait partie du soin.

(143) Les médecins comprenaient que c'était une manière d'observer et d'interagir avec les patients.

(144) On découvrait bien plus sur eux en jouant aux cartes qu'en remplissant des dossiers sur ordinateur.

(145) Lors des réunions de synthèse, on pouvait dire : "Il est hyper sensible, faut pas trop le brusquer."

(146) Ce type de relation, de proximité avec le patient, n'existe plus aujourd'hui.

(147) Avant, on prenait le temps d'être avec eux, de marcher ensemble, de discuter dans le jardin.

(148) Maintenant, je ne sais pas si les patients sont mieux soignés ou non.

(149) Avant, certains restaient trois semaines, un mois, puis repartaient.

(150) D'autres, plus lourds, avaient des traitements plus lourds aussi : électrochocs, packs...

[...]

GR

(158) Oui, il fallait être deux, pour représenter les parents et provoquer une régression du patient.

(159) On mettait des draps mouillés au frigo, bien glacés.

(160) Le patient était en slip sur un lit, entre des draps secs, puis on l'enveloppait dans les draps froids.

(161) Ensuite, on refermait les draps secs par-dessus.

(162) Ça devait provoquer un choc qui l'aidait à verbaliser des choses.

(163) Honnêtement, je ne les ai pas vus régresser tant que ça...

(164) Mais ça ne leur faisait pas de mal, et certains exprimaient plus de choses après.

[...]

GR

(334) En tant qu'élève ou en tant que professionnel ?

VB

(335) Non, non, en tant que professionnel.

GR

(336) Nous, la sectorisation, on l'a vécue avec les visites à domicile.

(337) On a reçu les premières 2CV par secteur.

[...]

VB

(373) C'est intéressant, parce qu'aujourd'hui, on essaie de revenir à ça.

(374) On veut remettre des équipes hybrides où l'intra continue à suivre les patients après leur sortie.

(375) L'enjeu, c'est le lien, la relation.

GR

(376) Exactement. La personne qu'on suit en service, c'est souvent nous qui la diagnostiquons, qui la prenons en charge.

(377) Avant, l'infirmier référent restait avec le patient jusqu'à sa sortie, et ensuite, il le revoyait en secteur.

(378) C'est le seul métier où on a une approche du patient aussi proche, aussi fine.

(379) En ORL ou en pneumo, on fait le soin et c'est terminé.

(380) En psychiatrie, il y a un lien, une accroche, qui est essentielle.

(381) On sent quand ça passe bien ou quand ça ne passe pas avec un patient.

(382) Parfois, on changeait de référent parce que ça ne fonctionnait pas.

(383) D'autres fois, il y avait une vraie connexion, et c'était bénéfique pour le patient.

(384) Le patient psy a besoin d'une aide psychologique, d'être compris, écouté, pris en charge.

(385) En médecine classique, si vous avez un pansement à faire, vous venez, vous le faites et vous partez.

(386) Personne ne se demande si le patient a besoin d'un peu de réconfort.

(387) En psychiatrie, on ne peut pas faire ça.

(388) On ne peut pas dire : "Désolé, je dois partir, j'ai autre chose de plus urgent."

(389) Ou alors, si on doit partir, on prend le temps de l'expliquer au patient.

(390) "Je suis obligé de vous quitter, mais on reprendra cette conversation."

(391) On ne coupe pas le lien brutalement, ce n'est pas un simple pansement qu'on termine.

[...]

VB

(448) Est-ce que vous, vous avez pris un engagement syndical ?

(449) Aviez-vous le sentiment que les infirmiers étaient nombreux à défendre leur profession, ou c'était timoré ?

GR

(450) Défendre la profession, défendre le statut, défendre les salariés...

(451) Il faut savoir qu'en 73, quand je suis rentré, donc en 74, Sainte-Marie sortait de grands mouvements sociaux et syndicaux.

(452) C'était à propos de la convention collective.

(453) Il y avait ce fameux André Tapissier, Merlet et d'autres qui étaient à l'initiative de cette rénovation.

(454) Ça concernait la Convention de 51.

(455) C'est Milla qui a géré tout le volet associatif de cette convention.

(456) Moi, dès que j'ai été diplômé, j'ai pris ma carte à la CFDT.

(457) On nous disait : "Ne te syndique pas tout de suite, tu es encore élève."

(458) Mais dès la formation, il y avait déjà un engouement pour le syndicalisme.

(459) Aussi bien à la CGT qu'à la CFDT.

(460) L'emprise du syndicat sur les hôpitaux Sainte-Marie était extrêmement importante.

(461) Vous savez quels hôpitaux sont concernés ?

[...]

GR

(569) Non, non, je ne l'ai pas vécu avec distance.

(570) Moi, j'ai toujours estimé que le diplôme d'infirmier psy était une spécialisation.

(571) Une spécialité avec une vraie spécialisation.

(572) Avec ce diplôme, c'était comme être infirmier anesthésiste : on était infirmier en psychiatrie.

(573) C'était quelque chose d'extrêmement important, qui s'appuyait sur une vraie formation.

(574) À l'école d'infirmier de secteur psychiatrique, on avait cette formation spécifique.

(575) En 92, j'ai défendu pendant des années l'idée qu'on pouvait conserver cette spécialisation.

(576) Que l'on garde le diplôme d'État, mais qu'ensuite, ceux qui veulent se spécialiser en psychiatrie puissent le faire.

(577) Exactement comme pour les anesthésistes.

VB

(578) En complément, quoi.

GR

(579) Oui, un an, deux ans, peu importe, mais avec un vrai contenu.

(580) Et avec une reconnaissance financière, comme pour les IADE.

(581) J'ai porté ce discours à la CFDT pendant des années.

(582) J'en ai parlé partout, mais personne n'a vraiment accroché.

SDP

Sœur Pezzali Danielle

Entretien réalisé le 20 décembre 2024

Entretien semi-directif

Durée : 45 min

Mode de réalisation : Visioconférence via Teams, à la demande de la participante.

Consentement : La participante a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées

[...]

SDP

(68) Chaque médecin avait sa formation et sa façon de faire.

(69) Michel Poitre était chez le docteur Aubin aussi.

(70) Donc, on était formés par les équipes du docteur Aubin sur place.

(71) Plus les études qu'on faisait forcément à l'école d'infirmières.

VB

(72) Et c'était de grosses promotions ?

SDP

(73) À l'époque, il y avait des promotions de 100 à 120 étudiants.

(74) Parce que, si vous voulez, il y a eu l'explosion du personnel laïc qui est entré dans les hôpitaux.

(75) Autrefois, il n'y avait que les sœurs, jusqu'aux années 50-55.

(76) Il y a eu de très grosses promotions de laïcs à partir des années 55-60.

(77) Tout le personnel a été formé sur place.

[...]

SDP

(169) Il y en avait sûrement à un moment donné, mais moi, durant mes deux années, il n'y en avait plus.

(170) À Clermont, il n'y avait pas de sœur qui faisait de la formation.

(171) Moi, je n'en ai pas eu, en tout cas.

VB

(172) Oui... Alors après, vous étiez un sous-groupe ?

(173) Ça m'étonne quand même...

(174) Il me semble que Jean-Michel Poitre m'avait parlé de sœurs...

(175) Mais bon, je vérifierai dans les interviews.

SDP

(176) Moi, je ne crois pas...

(177) Je ne me rappelle pas avoir eu des cours avec des sœurs.

VB

(178) Ça vous aurait marqué quand même, vous vous en souviendriez, hein ?

SDP

(179) Oui, et puis on était dans la même communauté, vous savez...

(180) C'était pas forcément...

[...]

SDP

(375) Toute l'évolution, l'arrivée des directeurs, tous ces changements, je les ai vus de près.

(376) Avant, les directrices, c'étaient les supérieures de l'hôpital.

(377) Moi, j'ai connu l'arrivée des premiers directeurs laïcs.

VB

(378) C'était un événement, ça, non ?

SDP

(379) Oui, au début, c'était un grand changement.

(380) Le premier directeur nommé, c'était celui de Nice.

(381) Ensuite, il y a eu Clermont, puis Genève, puis Le Puy.

(382) À Clermont, j'ai connu l'arrivée de Monsieur Fayet comme directeur.

VB

(383) Et quand on est dans une congrégation, est-ce qu'on voit l'arrivée du directeur comme quelqu'un qui prend sa place ?

SDP

(384) Non, parce que c'est nous qui les avons appelés.

(385) C'est la congrégation qui a fait appel aux laïcs.

(386) Ce n'est pas eux qui ont pris notre place, c'est nous qui leur avons laissé la place.

VB

(387) Ah, d'accord. C'est pour ça que je pose la question.

SDP

(388) Oui, on les a fait venir.

(389) Les sœurs ont gardé une place jusqu'en 2008.

(390) Moi, je n'ai jamais été présidente, mais jusqu'en 2008, la présidente de l'association était une sœur.

[...]

VB

(515) Et vous avez vu cette transformation se faire progressivement ?

SDP

(516) Oh oui, je l'ai bien vue.

(517) Ça a disparu petit à petit.

(518) Par exemple, à Noël, on organisait des repas spéciaux.

(519) Tous les malades étaient réunis, on leur servait un chocolat chaud après la messe.

(520) C'était pour tous les services, tout le monde était ensemble.

(521) Maintenant, ce n'est plus possible d'imaginer ça.

[...]

VB

(579) Oui, d'accord.

SDP

(580) Chaque étage avait sa surveillante générale, qui était une sœur.

[...]

SDP

(637) Voilà.

(638) Mais ces infirmières sont marquées par cette logique, ce qui est compréhensible.

(639) Tout est sécurisé, il y a sûrement moins d'erreurs...

(640) Mais il y a aussi moins d'initiatives personnelles.

VB

(641) Oui, oui, je comprends.

SDP

(642) C'est l'évolution du soin qui a mené à ça.

VB

(643) Vous êtes critique sur cette évolution ?

SDP

(644) Non, pas spécialement.

(645) Il y a de très bonnes choses.

(646) C'est sûr qu'il y a toujours deux faces à une médaille.

VB

(647) Ah...

SDP

(648) On soigne sûrement mieux aujourd'hui qu'avant, il n'y a pas de doute.

(649) Mais il y a aussi des aspects qui se sont rigidifiés.

TA

Tapissier André

Entretien réalisé le 22 novembre 2024

Durée : 1 h 31 min

Mode de réalisation : En présentiel, au domicile de Mr Tapissier à Brassac les Mines (France).

Consentement : Le participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées.

[...]

VB

(355) Il y avait un bon directeur.

FA

(356) Oui, c'était des morts.

VB

(357) Oui, donc c'est plus que des stages.

FA

(358) On était immergé dans le boulot

[...]

VB

(422) Et dans votre parcours, ce qui m'intéresse aussi, c'est le moment où la sectorisation s'est mise en place.

(423) Vous l'avez vue arriver progressivement ou c'était plus brutal ?

TA

(424) Oui, on a assisté à cette ouverture.

VB

(425) Vous étiez témoin de cette ouverture des services ?

TA

(426) Oui, bien sûr.

(427) Ça s'est déroulé entre 1972 et 1976.

VB

(428) Donc entre 72 et 75.

(429) Et vous avez joué un rôle dans cette transformation ?

TA

(430) Au début, on a soutenu cette évolution.

(431) Mais au final, ce sont surtout les médecins qui en ont tiré le mérite, alors que le travail avait été fait par les infirmiers. Ils nous ont volé la victoire.

VB

(432) Comment réagissez-vous face à cette « confiscation » ?

TA

(433) On a décidé de créer nos propres espaces d'intervention.

(434) On a mis en place des groupes de sociothérapie et d'ergothérapie.

(435) Moi, j'ai exercé pendant cinq ans en tant qu'agrothérapeute.

(436) On appelait ça agrothérapeute à l'époque, mais ça relevait de l'ergothérapie.

(437) Ceux qui avaient cinq ans d'expérience pouvaient d'ailleurs obtenir automatiquement le diplôme d'ergothérapeute.

VB

(438) Pour vous, l'ergothérapie, c'était quoi exactement ?

TA

(439) À l'époque, ça reposait sur des ateliers pratiques.

(440) Moi, j'avais fait de l'ergothérapie parce que j'adorais construire.

(441) Il y avait deux petits bâtiments inoccupés et j'avais l'idée d'en faire des ateliers pour les patients.

(442) J'ai parlé à une sœur qui s'occupait des bâtiments et après quelques négociations, j'ai pu relier ces deux espaces.

(443) J'y ai installé un petit bureau et plusieurs ateliers.

(444) On avait un atelier de ferronnerie, un atelier de bois et un atelier de vannerie.

(445) L'objectif, c'était de donner aux patients une activité valorisante et structurante.

(446) Certains étaient vraiment doués.

VB

(447) Ces ateliers étaient ouverts à tous les services ou réservés à certains patients ?

TA

(448) Il y avait deux services concernés.

(449) Chez Aubin, c'était les hommes, et il était le médecin-chef.

(450) En même temps, l'été, Aubin m'avait demandé d'intervenir sur un groupe de sociothérapie, car c'était un peu le bazar, notamment avec les femmes.

- (451) Il voulait aussi une présence masculine.
(452) Il avait confiance en moi, et c'était un médecin respecté.
(453) Certains me disaient : "Tu te fais avoir par Aubin."
(454) Moi, je répondais : "Je préfère me faire avoir par Aubin que par Blondin, ça fait moins mal."
(455) C'était des discussions franches.
(456) Quand j'ai quitté mon poste, Aubin a insisté pour que je reprenne un service que j'avais contribué à créer.
(457) C'était un service d'insertion qu'on avait monté à l'époque.
(458) Jean-Luc Ambert, je ne sais pas si vous l'avez rencontré.

[...]

TA

- (561) Pardon ? Avec Edmond Maire.
(562) On trouvait que le gars qui s'occupait de nous à la CFDT n'était pas efficace.
(563) Alors, on a pris le train pour aller à Paris.
(564) À la gare, on tombe sur ce fameux responsable qu'on voulait contourner.
(565) Il nous regarde et dit : "Qu'est-ce que vous faites là ?"
(566) On lui répond : "On a rendez-vous avec Edmond Maire."
(567) Il nous regarde et lâche : "Oui, je sais, mais finalement, il ne peut pas vous recevoir. C'est moi qui vais vous voir."
(568) Grosse déception.
(569) Mais bon, il était midi, alors il nous dit : "Allez, je vous invite à manger."
(570) On va déjeuner et on se met à discuter.
(571) Il nous raconte que la congrégation avait envoyé un courrier disant qu'il était hors de question de négocier sur trois revendications précises.
(572) Nous, on hallucine.
(573) On se regarde et on dit : "On rentre tout de suite, on va foutre le bordel."
(574) Et en arrivant à Sainte-Marie, on a tout retourné.
(575) Occupation des locaux, manifestations...
(576) Ça a été un vrai bras de fer.

VB

- (577) Les manifestations de 1974 ? Ou 1973 ? C'est ce dont on parlait tout à l'heure.

TA

- (578) Oui, et c'était assez extraordinaire.
(579) À ce moment-là, j'étais au comité d'entreprise ou un truc du genre.
(580) Il fallait quelqu'un pour prendre la parole et donner le ton.
(581) Tout le monde me disait : "Il faut que tu y ailles !"
(582) Ça me faisait chier, mais j'y suis allé.
(583) Et à partir de là, tout s'est enclenché.
(584) Je n'étais pas du tout prédestiné à ça, c'est le contexte qui a fait les choses.
(585) Après, ce n'est pas un hasard non plus, je pense que j'avais une posture de leader implicite dans le groupe.
(586) On a fait des manifs avec 200 personnes, c'était énorme, du jamais vu.
(587) On dit qu'il y a eu d'autres manifestations avant, mais ce n'était pas de la même nature.
(588) Là, c'étaient surtout des infirmiers, avec quelques militants CFDT et des agents des services généraux.
(589) Il y avait même plus de personnel des services généraux que de soignants.
(590) À l'époque, les services généraux représentaient 80 % des salariés.

VB

- (591) Et la revendication principale, c'était quoi ?

TA

- (592) Rien d'énorme, c'était des bandes et des ponts.
(593) Trois jours de ponts qui nous avaient été refusés.
(594) Parce que la fonction publique, c'est compliqué...

[...]

VB

- (791) Et avec le recul, votre vision de la disparition du diplôme ?

FA

- (792) Je pense que c'est une connerie, c'est pas une bonne chose
(793) C'est pas une bonne chose car ça été mal fait
(794) Si on avait créé un diplôme de base avec des spécialisations, ça aurait eu du sens.
(795) Mais là, on a surtout standardisé la formation et supprimé l'apprentissage de la réflexion critique.
(796) Le diplôme d'État, c'est avant tout une compilation de savoirs, mais on n'apprend pas aux étudiants à penser.
(797) On les forme à être des exécutants, point final.
(798) Et surtout, on évite soigneusement d'intégrer une approche critique.
(799) Nous, en psychiatrie, on était un peu des électron libres, on aurait pu apporter autre chose...
(800) Mais on a été noyés dans une formation trop biomédicale et trop généraliste.

VD

Vigier Dominique

Entretien réalisé le 18 novembre 2024

Durée : 1 h 35 min

Mode de réalisation : En visioconférence à la demande du participant.

Consentement : Le participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées

VD

(12) Oui, rapidement. Je n'ai pas d'antécédents psychiatriques dans ma famille.

(13) Non, mes parents ne travaillaient pas en psychiatrie.

(14) Nous sommes quatre garçons : l'un est dans la police, un autre dans le bâtiment, un troisième est médecin et moi... on peut dire que je suis "rentré dans les ordres".

(15) Mon entrée dans les ordres, à Sainte-Marie, s'est faite par hasard.

(16) À la sortie de la fac, après un échec en médecine, j'ai dû partir à l'armée.

(17) Entre deux années universitaires, je me suis retrouvé en transition et je n'ai pas pu reprendre mes études.

(18) Par contre, j'ai pu intégrer une formation d'infirmier psychiatrique.

(19) Je suis donc devenu infirmier psychiatrique presque par hasard.

(20) À l'époque, c'était au Puy, et il y avait un avantage : la formation était rétribuée.

[...]

[...]

VB

(110) Oui, je vois. Quand vous parlez des lectures que certains médecins vous recommandaient, y avait-il aussi une influence de l'antipsychiatrie ?

(111) Ce courant soufflait-il un peu par chez vous ?

VD

(112) Non, pas vraiment.

(113) On lisait Racamier, mais l'antipsychiatrie n'était pas un axe dominant.

(114) On nous ouvrait à un ensemble de lectures, sans privilégier une seule orientation.

[...]

VD

(183) Oui et non.

(184) Les stages étaient conformes aux programmes post-1979, que ce soit en soins généraux ou en psychiatrie.

(185) Mais comme nous étions salariés, toutes les vacances scolaires étaient en fait des périodes de stage en psychiatrie dans l'établissement.

(186) L'accueil était globalement bon.

(187) C'était parfois plus difficile dans les services de soins généraux, où on était perçus avec une certaine méfiance.

(188) On nous considérait comme des "sous-infirmiers", ce qui pouvait compliquer les choses.

(189) Techniquement, en trois semaines de stage en chirurgie, on n'avait pas vraiment le temps d'acquérir une grande technicité.

(190) Mais dans l'ensemble, ça se passait bien, et les cas de rejet étaient rares.

[...]

VD

(411) Il a mis en place des hôpitaux de jour, des dispensaires, des consultations externes...

(412) On voyait émerger des appartements protégés, des soins à domicile, des unités de transition.

(413) Il y avait même des hôpitaux de jour décentralisés, comme à Issoire.

(414) Tout ça se mettait en place avec une vraie dynamique infirmière.

(415) On sentait une identité professionnelle forte, même si la reconnaissance des ISP restait limitée.

(416) Les soignants savaient ce qu'ils voulaient et revendiquaient leur place.

VB

(417) Oui.

VD

(418) Par exemple, l'hôpital de jour d'Issoire a été mis en place par des infirmiers.

(419) La direction n'y était pas favorable au départ, mais le médecin-chef du secteur, qui était intelligent, a laissé faire.

(420) Les infirmiers ont pris le risque de le mettre en place, et ça a fonctionné.

VB

(421) C'était toujours sous la direction du Dr Aubin ?

VD

(422) Oui, c'était lui.

(423) Il laissait faire les initiatives infirmières.

(424) Bien sûr, il s'est réapproprié le projet après, mais ça fait partie du jeu institutionnel.

VB

(425) Oui, c'est un phénomène classique.

VD

(426) Ça s'est produit un peu partout.

(427) Beaucoup de structures psychiatriques ont connu cette dynamique.

VB

(428) Oui.

VD

(429) À ce moment-là, on a vraiment senti une richesse professionnelle.

(430) Il y avait une réflexion intellectuelle sur notre pratique.

(431) On essayait de relier nos lectures théoriques à la réalité du terrain.

(432) Souvent, les livres sont très éloignés de la pratique quotidienne.

(433) Mais là, on pouvait tester des approches, ajuster nos méthodes.

(434) On se sentait infirmiers spécialisés en psychiatrie, et non des infirmiers généralistes ou des éducateurs.

VB

(435) Oui.

VD

(436) Et il y avait des soignants avec un vrai bagage de connaissances.

VB

(437) Il y avait des figures de leadership ?

VD

(438) Oui, deux ou trois leaders, mais dans des styles différents.

(439) Certains étaient un peu illuminés, mais ça faisait partie du paysage.

(440) Il faut parfois croire en certaines choses pour avancer.

(441) C'était très enrichissant.

VB

(442) Oui.

VD

(443) Ce qui est intéressant, c'est que c'était souvent une dynamique infirmière qui tirait les médecins vers l'avant.

VB

(444) Pouvez-vous préciser ?

VD

(445) Les infirmiers osaient mettre en place des prises en charge innovantes, individuelles et collectives.

(446) Ils lançaient des groupes de parole, des dispositifs de psychothérapie, de sociothérapie, des approches familiales.

(447) Les médecins validaient ensuite ces initiatives.

(448) Le médecin-chef de l'époque aimait ce mouvement, donc il jouait un peu le rôle de chef d'orchestre.

[...]

VD

(478) Oui, je vois où vous voulez en venir.

(479) J'évoquais tout à l'heure le fait que les médecins suivaient plutôt que dirigeaient.

(480) C'est bien parce que le soin infirmier prenait une valeur en lui-même.

(481) Il y a eu une vraie rupture à ce moment-là : nous ne nous contentions plus d'exécuter des ordres.

VB

(482) Oui.

VD

(483) Avant, on nous disait simplement quoi faire : veiller à ce que les patients mangent, dorment...

(484) Là, on est entré dans une dynamique de soins infirmiers spécifiques à la psychiatrie.

(485) Il y avait encore peu d'écrits là-dessus, mais la pratique, elle, était bien présente.

(486) On développait des prises en charge adaptées aux besoins fondamentaux des patients.

(487) Pas juste des besoins biologiques, mais des besoins d'accompagnement psychiatrique.

[...]

VD

(503) Ce qui est important, c'est que cette dynamique s'est transmise de soignant à soignant.

(504) Il y a eu une vraie mutation.

(505) Certains ont fait des choses formidables, comme le développement du sport adapté.

(506) Ça partait dans toutes les directions, c'était foisonnant.

(507) Je ne sais pas si cela répond parfaitement à votre question, mais c'était un état d'esprit.

VB

(508) Si, totalement.

VD

(509) C'était une période post-68 où il n'y avait pas trop de freins.

(510) On pouvait expérimenter.

VB

- (511) Oui, j'aime bien ça.
(512) C'est ce que je recherche dans vos témoignages.

VD

- (513) Il y avait une forme d'autorégulation entre professionnels.
(514) Ce n'était pas une régulation hiérarchique ou médicale.
(515) Les cadres avaient peu d'influence sur nos pratiques.
(516) À l'époque, on pouvait même se demander à quoi ils servaient vraiment...
(517) Aujourd'hui, ils jouent souvent un rôle de garants du soin, mais ce n'était pas le cas à l'époque.
(518) Les infirmiers étaient responsables des soins.
(519) On assumait tout, y compris les erreurs.
(520) Les médecins nous disaient : "Si ça marche, tant mieux, si ça casse, c'est vous qui assumez."

VB

- (521) Vous parlez d'une dynamique collective.
(522) J'ai une question que je réserve souvent sur le travail en équipe.
(523) Cet esprit d'équipe était-il sous-tendu par la psychothérapie institutionnelle ?
(524) Parce qu'on n'est pas très loin géographiquement de ses origines...
(526) Est-ce que la psychothérapie institutionnelle a eu une influence sur votre manière de travailler en équipe ?
(527) Et plus largement, y avait-il une vraie dimension d'équipe à cette époque ?
(528) Comment fonctionnaient les liens professionnels dans cette fin des années 80 ?

VD

- (529) Bien sûr qu'il y avait une influence, on baignait dedans.
(530) On n'était pas dans une psychothérapie institutionnelle pure, comme à Saint-Alban, mais l'hôpital lui-même avait encore une importance centrale.
(531) Ce qui changeait, c'était l'ouverture vers l'extérieur.
(532) Tout ce qu'on faisait en intra devait avoir une continuité en extra-hospitalier.
(533) Ça nécessitait une cohérence entre les soignants intra et extra-hospitaliers.
(534) Il fallait des échanges constants, des visites régulières, des accompagnements permanents.

VB

- (535) D'accord, donc une influence relative, mais pas une application stricte du modèle.
(536) Et au sein même des équipes, comment fonctionnaient les relations entre soignants ?
(537) Y avait-il un esprit critique, des transmissions entre collègues ?

VD

- (538) Oui, c'était très professionnel.
(539) Ce n'était pas un joyeux bazar où chacun faisait ce qu'il voulait.
(540) Des idées fusaient, mais elles étaient toujours ramenées à un principe de réalité.
(541) Il y avait une cohérence collective dans la prise en charge.
(542) Parfois, ça donnait lieu à des discussions houleuses, mais ça forgeait l'identité professionnelle.
(543) On pouvait se dire les choses franchement, puis avancer ensemble.
(544) Les conflits ne revenaient jamais par derrière, ils étaient réglés en direct.

[...]

Entretien numéro deux

Entretien réalisé le 2 juin 2025

Entretien semi-directif

Durée : 1 h 35 min

Mode de réalisation : En visioconférence à la demande du participant.

Consentement : Le participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées

VD

- (599) Oui, et au sein de l'ANFIP, je me suis particulièrement investi dans la formation.
(600) J'ai monté un département formation, au départ en animant des sessions moi-même, puis en organisant et structurant la formation des autres.
(601) L'objectif principal de l'association était la reconnaissance des infirmiers psychiatriques.
(602) Il fallait affirmer notre rôle, notre fonction et notre légitimité.
(603) Il y avait un vrai problème de mépris, notamment de la part des écoles d'infirmiers en soins généraux.
(604) À Clermont-Ferrand, c'était une honte la manière dont ils parlaient des infirmiers psy.

VB

- (605) Ah oui ?

VD

- (606) Oui, il a fallu remettre les pendules à l'heure, et sévèrement.
(607) Et encore, je ne parle même pas du regard des médecins sur nous...

(608) Il a fallu s'imposer et rappeler que nous étions des professionnels compétents.

(609) L'ANFIP a d'abord eu un impact local à Clermont-Ferrand, mais très vite, nous avons eu une reconnaissance nationale.

(610) Nous avons participé aux négociations de la réforme du diplôme en 1990.

(611) Moi-même, j'ai contribué à la modification de la loi de 1990 sur les mesures de soins sous contrainte.

(612) Nous étions reconnus par le ministère comme des interlocuteurs légitimes.

[...]

VB

(653) Oui, donc pas seulement du contenu technique, mais aussi une vraie réflexion sur le rôle professionnel ?

VD

(654) Exactement !

(655) On voulait qu'ils assument leur posture soignante, qu'ils se positionnent.

(656) Parce qu'il y a un problème dans le collectif : il peut noyer les responsabilités individuelles.

(657) On avait des infirmiers qui se fondaient dans le groupe pour éviter d'assumer des décisions, et ça, ça nous gênait.

(658) Un médecin, quand il est en face d'un patient, il est seul.

(659) Eh bien, nous, on voulait que les infirmiers adoptent cette même responsabilité face aux patients.

(660) Assumer ce qu'ils disaient, ce qu'ils faisaient, et ne pas se cacher derrière le collectif.

(661) C'était presque un discours politique.

[...]

VD

(691) Complètement.

(692) Individuellement, ça donnait du répondant, mais collectivement, ça créait une émulation incroyable.

(693) On essayait de reproduire ça dans les formations.

(694) Faire réfléchir les nouveaux professionnels, les pousser à se positionner, à questionner.

(695) On voyait arriver des jeunes diplômés qui obéissaient sans broncher, mais qui étaient insatisfaits.

(696) Notre but, c'était de leur montrer qu'ils pouvaient penser par eux-mêmes.

VB

(697) Vous me dites donc qu'il y avait une génération d'infirmiers avec une véritable appétence intellectuelle, un désir de savoir, et aussi une certaine résistance à l'ordre établi.

(698) Mais est-ce que c'était largement partagé dans la profession ?

(699) Ou bien est-ce que vous faisiez partie d'une élite intellectuelle un peu isolée ?

VD

(700) Non, ça partait d'un noyau, c'est sûr.

(701) Un noyau avec une réflexion plus poussée, mais qui ne se revendiquait pas comme une élite.

(702) Au contraire, on voulait justement partager, ouvrir la réflexion.

(703) Parce qu'il y avait un vrai besoin : beaucoup de collègues avaient ces interrogations en eux, mais n'avaient pas forcément les mots ou les espaces pour les exprimer.

(704) Nous, on venait mettre en mots ce qu'eux ressentiaient, et ça leur parlait.

VB

(705) Ah oui, donc il y avait un écho, ce n'était pas juste un petit groupe isolé dans sa bulle.

VD

(706) Exactement.

(707) On a eu des adhésions partout en France.

(708) Bordeaux, le Var, Pierre-Feu, Thuir, Paris, Pontault-Combault, l'Ain...

(709) Il y avait un vrai maillage.

(710) Mais bon, maintenir une telle dynamique, c'est difficile, surtout quand tout repose sur du bénévolat.

(711) Ça demande du temps, de l'énergie.

VB

(712) Oui, j'imagine que c'était prenant.

VD

(713) Très.

(714) On passait nos soirées et nos week-ends à bosser là-dessus.

(715) On organisait des formations, des séminaires où on avait jusqu'à 100 personnes.

(716) Et ce n'étaient pas juste des réunions tranquilles, hein.

(717) Il y avait des confrontations, des débats intenses.

(718) Quand on parlait de la fonction infirmière, de la place des cadres, ça pouvait être tendu.

(719) Mais c'était ça qui était intéressant !

VB

(720) Ah oui, donc vous aviez une vraie portée nationale ?

VD

(721) Oui, et c'est pour ça qu'on a transféré le siège à Paris, avec Dominique Letourneau.

(722) On s'est dit que depuis la capitale, on aurait plus d'impact.

(723) Mais à partir de là, la dynamique a commencé à s'essouffler.

(724) Parce que tenir un tel engagement sur le long terme, c'est compliqué.

[...]

VB

(749) Oui, je vois bien.

(750) On approche d'un sujet clé. Comme on manque un peu de temps, je vais aller droit au but : 1992, c'est une date majeure.

(751) C'est la réunification du diplôme, la création du diplôme unique, et surtout la disparition du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique.

(752) Certains l'ont vécu de manière anecdotique, d'autres comme un affront, une blessure, d'autres encore avec distance.

(753) Vous, comment avez-vous vécu cette période, surtout en étant impliqué dans l'ANFIP à ce moment-là ?

VD

(754) Nous, on était plutôt satisfaits, parce que c'était un combat de plusieurs années.

(755) Il faut se rappeler qu'on n'était même pas toujours considérés comme des infirmiers à part entière.

(756) On nous disait : « Vous ne faites pas de soins, vous êtes infirmiers psychiatriques, mais pas infirmiers. »

(757) Ce discours était erroné, mais il existait.

(758) Donc, obtenir un diplôme d'équivalence était une avancée essentielle.

(759) Pour nous, c'était une première étape nécessaire pour enchaîner sur la suivante : la spécialisation.

(760) L'idée était que, maintenant qu'on avait un diplôme commun et reconnu, on pouvait entrer dans une dynamique de spécialisation.

(761) On a donc travaillé sur la création d'une spécialisation en psychiatrie.

(762) Malheureusement, cette deuxième étape n'a pas abouti, sans doute par épuisement du mouvement.

(763) Peut-être que d'autres auraient pu relancer cette dynamique et la mener à terme.

(764) Je pense qu'une formation spécialisée aurait pu voir le jour, pas forcément une spécialisation automatique, mais au moins une formation complémentaire reconnue.

(765) En tout cas, on était satisfaits, et même plus que satisfaits.

[...]

VD

(873) Une autre chose qui me frappe, c'est que les formations sont essentielles.

(874) Quand les soignants reviennent d'une formation, ils sont souvent enthousiastes.

(875) Je pense que ce n'est pas seulement pour le contenu pédagogique, mais aussi parce qu'ils se sentent revalorisés dans leur capacité d'action.

VB

(876) Complètement.

VD

(877) Et cette émulation, elle peut être entretenue.

(878) Il faut leur montrer qu'ils ont du savoir, qu'ils ont des outils, qu'ils font des choses utiles.

(879) Les entretiens, ce n'est pas toujours parfait, mais au moins, il y a une réflexion derrière.

VB

(880) Oui, ça vaut le coup d'être souligné.

VD

(881) Par contre, là où je suis plus pessimiste, c'est sur la réduction des moyens en psychiatrie.

(882) Moins de lits, moins de ressources, et une prise en charge de plus en plus morcelée.

(883) On réduit, on réduit, et ça empêche les soignants d'avoir le temps de se former correctement.

(884) Dans un hôpital de jour, il faut des compétences solides.

(885) À 17h, quand il n'y a plus personne et qu'un problème survient, il faut savoir réagir, ce n'est pas possible de dire : « On verra demain. »

(886) Et le problème, c'est qu'avec le turnover actuel, les soignants n'ont pas le temps d'apprendre en profondeur.

XX

Me XX

Entretien réalisé le 1 mars 2024

Entretien semi-directif

Durée : 1 h 35 min

Mode de réalisation : En visioconférence à la demande du participant.

Consentement : La participante a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées

VB

(240) C'est un positionnement différent, mais on sent bien qu'il y a un flou dans l'identité.

XX

(241) On l'a ressenti fortement lors de la suppression de la formation ISP.

(242) On savait que ça allait arriver, il y a eu des tentatives de résistance, mais elles ont échoué.

(243) Cette lutte a renforcé notre sentiment d'appartenance à un métier spécifique.

(244) On se disait qu'il y avait un intérêt majeur à préserver cette identité à part.

(245) Avec quelques collègues, on avait même pensé à un projet symbolique inspiré de Christo.

(246) J'avais envie de lui demander d'emballer les derniers ISP, pour marquer la disparition de notre profession.

VB

(247) Ça, c'est fort.

XX

(248) Oui, on avait l'impression de vivre l'extinction d'une espèce.

(249) C'était un vrai changement d'ère, une perte d'identité collective.

VB

(250) On va y revenir, parce que j'ai une question ciblée là-dessus.

(251) Mais avant, j'aimerais qu'on parle de ton rapport aux patients, aux familles et à l'équipe.

XX

(252) Oui.

VB

(253) Peux-tu me raconter comment tu as vécu ces relations, comment tu les percevais au quotidien ?

XX

(254) Mon rapport aux patients a été un des aspects les plus marquants de ma carrière.

(255) Sincèrement, certaines des plus belles rencontres de ma vie ont été avec des patients.

(256) Certains m'ont marqué à vie, ils m'ont profondément changé.

(257) Ils m'ont appris énormément de choses, bien plus que je ne leur ai transmis.

(258) J'ai travaillé cette question en analyse, mais j'ai rapidement compris que le savoir était de leur côté, pas du mien.

(259) Cela ne veut pas dire que je ne me sentais pas à ma place, mais que leur expérience avait une valeur immense.

(260) Je me souviens d'un jeune patient schizophrène, en proie à des hallucinations terribles.

(261) Je lui disais toujours que je ne savais rien de son vécu, que j'avais un savoir théorique, mais que lui seul connaissait ce qu'il vivait.

(262) Cette posture d'humilité lui a fait beaucoup de bien.

(263) Il me disait que ça lui redonnait de l'estime de lui-même, une forme de pouvoir sur sa propre vie.

(264) Lors de ses crises, il me disait qu'il serrait les mains dans ses poches pour ne pas me faire de mal.

(265) Il ressentait une violence intérieure, mais le fait d'en parler l'aidait à tenir.

(266) On discutait de ce que ça signifiait, de jusqu'où on peut retenir cette violence.

(267) Je lui disais : *"Moi, je ne sais pas, mais toi, tu es en train de mettre des mots dessus, on apprend ensemble."*

(268) Ces échanges étaient très forts, mais ils nécessitaient une équipe derrière.

(269) On ne peut pas porter seul une relation thérapeutique aussi intense.

(270) Si on garde ça pour soi, on devient fou, et on met aussi l'autre en danger.

(271) Le travail en équipe était donc essentiel pour moi.

(272) Je disais toujours aux patients que je transmettais ce qu'on vivait à l'équipe.

(273) J'en parlais aux médecins, aux collègues, pour qu'on réfléchisse ensemble à la meilleure façon de les accompagner.

(274) Il y a eu des rencontres extraordinaires, qui ont changé ma manière d'être infirmière.

(275) Pour moi, la psychiatrie a toujours été une expérience humaine avant tout.

VB

(276) Ouais.

XX

(277) Il y avait aussi des moments très difficiles à vivre.

(278) J'ai des souvenirs de peine immense, de frayeur, mais aussi de fous rires avec des patients.

(279) Avec certains psychotiques, il se passe des choses incroyables, parce qu'il n'y a pas de filtre.

(280) Les échanges sont bruts, directs, parfois totalement inattendus.

VB

(281) C'est très bien dit.

XX

(282) J'ai une immense reconnaissance envers les patients qui ont accepté d'être en relation avec moi.

(283) Pour certains, c'était un véritable effort de communication.

VB

(284) Oui, quel rapport, là ?

XX

(285) Tout n'était pas simple, j'ai aussi connu des blocages avec certains patients.

(286) C'est drôle, j'en parlais récemment avec mon fils, sans trop savoir pourquoi.

(287) Il y a des patients avec qui je n'ai jamais réussi à établir un lien.

(288) C'est resté quelque chose de difficile à accepter pour moi.

(289) Je me souviens d'un patient qui me faisait peur, avec qui j'avais un contre-transfert très négatif.

(290) Il était souvent agressif, et je n'arrivais pas à dépasser cette réaction instinctive.

(291) Un jour, il s'est battu violemment avec un autre patient, il essayait de lui arracher les yeux.

(292) On n'avait rien pour intervenir, alors on a pris une bassine d'eau et on leur a jeté dessus pour les séparer.

(293) Ce patient a fini par être retrouvé mort chez lui, quelques mois après.

(294) J'ai ressenti un soulagement, et ça m'a troublée.

(295) C'est difficile d'admettre ce genre de sentiments, mais ils existent.

(296) Il faut les reconnaître, ne pas les nier.

VB

(297) Est-ce qu'il y avait des espaces de supervision pour parler de ce genre de choses ?

XX

(298) Oui.

(299) Dans les équipes où j'ai travaillé, il y avait toujours des espaces d'échange, formels ou informels.

VB

(300) Est-ce que les équipes organisaient des temps pour ça, ou c'était encore des structures tiraillées entre anciennes et nouvelles générations ?

XX

(301) Non, dans mes services, ces espaces ont toujours existé.

(302) Ils étaient parfois intégrés à l'organisation des soins, parfois plus informels.

(303) On avait créé un groupe de parole quand j'étais en CMP, à notre propre initiative.

(304) On l'avait appelé Macao, en référence aux jeux et aux mises, pour garder un esprit ludique.

(305) L'idée était de ne pas se prendre trop au sérieux, tout en parlant des situations difficiles.

(306) Chaque mois, un soignant devait "miser" en présentant une situation complexe qu'il avait vécue.

(307) Ça pouvait être un moment de grande difficulté ou au contraire une réussite, mais l'objectif était de l'analyser ensemble.

(308) Le cadre avait accepté l'idée et était présent pour réguler le groupe, mais sans imposer de hiérarchie.

XY

Mr XY

Entretien réalisé le 29 novembre 2024

Durée : 1h34

Mode de réalisation : Visioconférence via Teams

Consentement : Le participant a donné son consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées

XY

(132) À l'époque, c'était comme ça.

(133) J'ai fait mon premier mois dans un service de patients lourds.

BV

(134) Avant d'aller plus loin, une question...

(135) Dans votre école d'infirmiers, est-ce que la psychiatrie était abordée d'une manière particulière ?

XY

(136) Franchement ? Très peu.

BV

(137) C'était un sujet absent, ignoré... ou carrément tabou ?

XY

(138) C'était même dévalorisé. La plupart des étudiants en parlaient avec condescendance ou moquerie.

BV

(139) D'accord, attendez une seconde... Désolé, petit souci chez moi.

XY

(140) Pas de souci.

BV

(141) Donc, vous disiez que la psychiatrie était perçue de manière...

XY

(142) Péjorative.

(143) C'était comme aujourd'hui, certains disent "Les fous, c'est bizarre"... Ben, à l'époque, c'était pareil.

(144) Même nos enseignants ne la prenaient pas au sérieux.

(145) On avait une monitrice dédiée à la psychiatrie, mais elle était elle-même considérée comme un personnage étrange.

[...]

XY

(185) Oui, Jeanne d'Arc 1. Il n'existe plus aujourd'hui.

(186) C'était un service fermé avec deux chambres d'isolement, qui étaient souvent occupées. Il y avait environ 24 patients.

(187) Le service n'était pas toujours fermé, mais parfois, on n'avait pas le choix.

(188) On y accueillait des pathologies lourdes, surtout de la schizophrénie. À l'époque, on en voyait beaucoup plus qu'aujourd'hui, parce que maintenant, les patients sont traités en amont et hospitalisés plus tardivement.

(189) C'était un service... intéressant, disons.

BV

(190) Oui, oui.

XY

(191) Il fallait y aller, hein !

(192) Il y avait des tensions, évidemment, et toute la philosophie de l'époque autour de la psychiatrie... Mais on faisait avec.

(193) On était souvent quatre le matin, trois l'après-midi, parfois plus quand c'était chargé.

[...]

XY

(313) Oui, je suis parti huit jours à Paris, puis en Espagne, à Lyon...

(314) On parlait à deux infirmiers, avec six ou sept patients selon leur niveau d'autonomie.

BV

(315) Oh ! Et parmi eux, certains étaient sous placement ?

XY

(316) Non, tous étaient libres.

TA/MA

Mr Tapissier André et Mr Merlé André, entretien conjoint

Entretien réalisé le 27 février 2025

Durée : 1 h 15 min

Mode de réalisation : En présentiel, au domicile de Merle et en présence de Mr Tapissier à Saint Laurent (France).

Consentement : Les participants ont donné leur consentement éclairé pour l'utilisation de son identité et des informations partagées.

[...]

MA

(67) Oui, mais derrière, il y avait toujours un discours qui laissait entendre que... c'était un peu...

TA

(68) Sœur Marie-Bernard, elle faisait chier les filles.

MA

(69) Oui, ça, enfin, moi, je ne l'ai pas bien...

TA

(70) Nous, les hommes, on n'était pas à plaindre avec les sœurs. Elles avaient une sorte de... pas d'admiration, mais...

MA

(71) Mais elles, nous...

TA

(72) Elles nous vénéraient un peu, quand même.

MA

(73) Ah ouais ?

VB

(74) C'était une rivalité avec les femmes, vous diriez ?

TA

(75) Non, ce n'était pas que de la rivalité. La plupart des femmes, elles en ont chié. Elles n'étaient pas là par gaité de cœur, c'était souvent leurs familles qui les plaçaient.

VB

(76) Ah ouais, d'accord...

TA

(77) Et je pense que certaines vivaient mal leur condition de sœur...

MA

(78) Oui.

TA

(79) Leur condition, leur statut...

VB

(80) Elles le payaient quelque part, d'une manière ou d'une autre.

TA

(81) Oui, et je pense qu'elles le faisaient payer à celles qui avaient une vie plus facile.

MA

(82) La congrégation, avec tout ce que ça impliquait... C'était un milieu très fermé. Un peu comme ce qui se passe dans les lycées privés.

TA

(83) Oui, c'est un principe...

MA

(84) Ces environnements fermés, c'était presque concentrationnaire...

TA

(85) Oui, c'était du concentrationnaire...

VB

(86) C'est Erving Goffman.

MA

(87) Moi, j'étais là-dessus, j'ai tout suivi.

TA

(88) Et tu retrouverais bien ces phénomènes propres à l'univers concentrationnaire.

VB

(89) C'est l'institution dans l'institution, hein, la congrégation.

MA

(90) Et les bénéficiaires secondaires ? Je pense que, pour les frangines, Lulu, c'était un bon moment quand elle venait. Elle le disait elle-même...

TA

(91) Ah ouais ? Elle le disait en plus ? « C'est agréable. » C'était son plaisir sans plaisir.

VB

(92) C'était sa récréation, quoi.

TA

(93) Dès qu'elle pouvait toucher un bout de bois, elle revivait. Elle aurait aimé être menuisier comme son père.

VB

(94) C'est quand même fort que certaines aient réussi à se défroquer. En termes d'émancipation, c'est pas rien.

TA

(95) Là, tu as raison. Il y en a une, sœur Marie-Henriette, qui s'est défroquée.

[...]

TA

(230) Oui, c'était l'époque de la psychothérapie institutionnelle. Moi, j'y suis entré via Scotto et Lauro. Lauro, c'était un ancien moniteur des hommes en formation.

MA

(231) Ah oui, Scotto.

TA

(232) Lauro essayait de nous récupérer. Il voyait un potentiel. Mais nous, on refusait. Ensuite, le CE a été une porte ouverte à une dynamique plus large, ce qui a un peu mis l'AESPA en retrait.

VB

(233) Et d'autres ont repris l'asso après ?

TA

(234) Oui, mais nous, on est à l'origine des stages de dynamique de groupe. On a lancé pas mal de trucs.

MA

(235) Ce que je ne comprends pas, c'est qu'on ne gagnait pas d'argent avec ça.

MA

(236) Je me souviens d'être allé à l'hôpital psy de Moulins pour...

[...]

MA

(334) Sur le plan professionnel, on l'avait bien repéré. Pendant les grèves, il fallait quelque chose en parallèle du syndicat, des rails plus professionnels. Il y avait un vrai besoin.

TA

(335) La CFDT, de par son histoire, était anti-corporatiste. Ils avaient quitté la CFTC justement parce qu'ils trouvaient ça trop corporatiste. Mais après, ils étaient presque devenus pires. Leur peur du corporatisme les avait rendus hyper dogmatiques.

MA

(336) Oui, et il y avait cette question des deux diplômes. Ces putains de diplômes qui n'avaient aucun moyen de se croiser.

TA

(337) Exactement.

MA

(338) Parce qu'il y avait des DE qu'on aurait bien voulu voir en psy. Moi, j'ai un souvenir précis : le congrès de la CFDT. On était montés à Lorient avec des filles qui étaient DE, et c'est là que j'ai commencé à dire qu'il fallait faire quelque chose...

TA

(339) Elles nous prenaient de haut.

MA

(340) Oui, on était des sous-fifres, clairement.

[...]

VB

(401) Donc vous avez démarré sur vos propres deniers, bénévolement ?

TA

(402) Il y avait des cotisations, mais ça ne couvrait pas tout.

MA

(403) Pour démarrer, oui, on a mis de notre poche, même pour se déplacer. Je me souviens, on avait acheté un répondeur d'occasion avec des bandes magnétiques. Je disais : « Putain, ça n'arrête pas de sonner ! » Mais les bandes pétaient tout le temps.

TA

(404) Et après, on a pris un autre truc.

MA

(405) Ouais, et on avait cet ordinateur... de merde.

APPENDICE 2

Codage des sources primaires

Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des sources primaires utilisées dans cette recherche, qui ne peuvent être référencées selon les modalités classiques du style APA 7, en raison de leur caractère non publié ou de leur inaccessibilité au lectorat. Afin d'assurer leur traçabilité et de permettre un repérage précis dans le corps du texte, chaque document a été codé selon une nomenclature structurée.

Les codes utilisés dans le texte (ex. : *API*, *AI2*, *AA1*) correspondent aux entrées du tableau ci-après, qui précise pour chaque source : son type, une description synthétique, sa date, le nom de la personne dépositaire le cas échéant (notamment pour les archives personnelles), et le code qui lui a été attribué. Ce dispositif permet de garantir la transparence documentaire tout en assurant une présentation lisible et conforme aux exigences méthodologiques de la thèse.

Type d'archive	Description	Date(s)	Code	Page
Archives personnelles				
Archive personnelle Me Longerinas Francine	Bulletin de paye de première année et de deuxième année de Me Longerinas Francine école infirmière Sainte Marie de Clermont-Ferrand.	1973	AP-1	169
Archive personnelle Me Lamy Jocelyne	Bulletin de présentation de la formation ISP à l'école de Clermont-Ferrand. 4 pages : présentation générale, programme de formation, conditions d'admission. Photos de l'école extérieure et intérieure.	1974	AP-2	173
Archive personnelle Me Longerinas Francine Mr Jean-Michel Poitre Me Buisson Joelle	Diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique	1973, 1974, 1983	AP-3	184
Archive personnelle Mr Gilles Ranoux	Courrier du ministère de l'emploi et des solidarités attestant l'octroi du « Diplôme d'état d'infirmier psychiatrique ». Diplôme attestant de l'équivalence pour les ISP au grade DE alors en vigueur depuis 1992.	2000	AP-4	231
Archive personnelle Me Buisson Joelle	Diplôme d'état d'infirmier de secteur psychiatrique. Diplôme donné aux ISP devenus ISPDE après la réforme de 1992.	2001	AP-5	231
Archive personnelle Mr Jean-Pierre-Erragne	Attestation du diplôme ISP de substitution au diplôme ISP.	1973	AP-6	251

Archive personnelle Mr André Merlé	Photographie du journal <i>La Montagne</i> conservée par Mr Merlé des manifestations infirmières de 1973 sur Clermont-Ferrand.	1973	AP-7	261
Archive personnelle Mr Alain Frobert	Revue <i>Dérive</i> « <i>L'alternative à l'institution géante</i> » No 2 62 pages. Périodique de l'AESPA	Trimestre 1983	AP-8	268
Archive personnelle Mr Alain Frobert	Bibliographie des productions littéraire de Mr Frobert Alain. 18 articles de revues (Santé mentale, Soins psychiatrie, Synapse, <i>Dérive</i>). Plusieurs articles sont disponibles à l'achat sur le site Santé mentale la revue.	NA	AP-9	292
Archive personnelle Mr Alain Frobert	Texte non publié réflexif clinique et praxéologique de Mr Alain Frobert « A l'enseigne du psychotique » qui revient sur son parcours pour alimenter des réflexions cliniques.	Non daté	AP-10	294
Archive personnelle Mr Poitre Jean-Michel	Texte personnel non publié. Expression écrite biographique et professionnelle de Mr Poitre Jean-Michel.	Non daté	AP-11	294
Archive personnelle Mr Poitre Jean-Michel	Photographie dans une coupure de presse du journal <i>La Montagne</i> de la première pièce de théâtre jouée et encadrée par Didier Dupeux.	1982	AP-12	297
Archive personnelle Mr Poitre Jean-Michel	« Le foot favorise le dialogue », article publié dans le journal <i>La Montagne</i> .	Non daté	AP-13	302
Archive personnelle Mr Poitre Jean-Michel	« <i>Specials olympics</i> », article publié dans <i>La Montagne</i> .	Non daté	AP-14	303
Archive personnelle Mr Poitre Jean-Michel	Le sport adapté auvergnat fier de ses champions », article publié dans <i>La Montagne</i> .	Non daté	AP-15	305
Archive personnelle Mr Poitre Jean-Michel	« L'Auvergne bien représentée », article publié dans <i>La Montagne</i> , 29 juin 1990.	29 juin 1990	AP-16	306
Archive personnelle Mr Poitre Jean-Michel	« Le Mont Blanc vaincu », article publié dans <i>La Montagne</i> , 6 juillet 1992	6 juillet 1992	AP-17	307

Archive personnelle Mr Poitre Jean-Michel	« Une ascension, mais aussi un défi », article publié dans La Montagne, 1 juillet 1992.	1 juillet 1992	AP-18	307
Archives institutionnelles				
Archive institutionnelle	Vue aérienne du site de Sainte-Marie de Clermont-Ferrand, Archives institutionnelles du Centre hospitalier Sainte-Marie, 1960	160	AI-1	172
Archive institutionnelle	Cahier comprenant la biographie du Dr Blandin par Bonnet, Doussinet & Poitre « Trente années au service de la psychiatrie. » Bibliothèque du Centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand.	176	AI-2	176
Archive institutionnelle	Vue générale de l'hôpital Sainte-Marie du Puy-en-Velay Photographie – Association Hospitalière Sainte-Marie, Un siècle d'hospitalité. Histoire de l'hôpital Sainte-Marie du Puy-en-Velay, consultée en ligne sur le site de l'Association Hospitalière Sainte-Marie.	1930	AI-3	178
Archive institutionnelle	Programme pédagogique détaillé après la réforme du 6 mai 1979 numérisé à partir des fonds de la bibliothèque du CH Sainte Marie de Clermont-Ferrand.	1979	AI-4	178
Archive institutionnelle	Plan d'ensemble du centre psychothérapeutique Sainte-Marie de l'Assomption de Clermont-Ferrand . Fonds institutionnels, bibliothèque du Centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand.	1969	AI-5	187
Archive institutionnelle	Tableau du personnel soignant. Rapport d'activité du Centre hospitalier Sainte-Marie 1960. Archives institutionnelles, bibliothèque du Centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand.	1960	AI-6	189
Archive institutionnelle	Le départ des sœurs de l'Hermitage. Article publié dans <i>Vie consacrée</i> . Archives institutionnelles, bibliothèque du	2019	AI-7	195

	Centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand.			
Archive institutionnelle	Une section de la bibliothèque de l'établissement Sainte Marie de Clermont-Ferrand est réservée aux mémoires d'infirmiers parmi lesquels ceux de André Tapissier, André Merlé, Didier Dupeux.	NA	AI-8	290
Archive institutionnelle	Revue institutionnelle 5000 15 pages Exemplaire mensuel octobre 2000. Disponible au fond d'archive institutionnel du CH Sainte-Marie.	6 octobre 2000	AI-9	293
Archives syndicales				
Archive syndicale	Bulletin syndical CFDT numéro 0 <i>Chronique de Sainte-Marie</i> 11 pages.	1978	AS-1	263
Archive syndicale	Bulletin syndical CFDT numéro 1 <i>Chronique de Sainte-Marie</i> 15 pages.	1978	AS-2	264
Archive syndicale	Bulletin syndical CFDT numéro 3 <i>Chronique de Sainte-Marie</i> .	1979	AS-3	263
Archive syndicale	Bulletin syndical CFDT numéro spécial <i>Chronique de Sainte-Marie</i> 22 pages.	1979	AS-4	263
Archives associatives				
Archive associative	Déclaration constitutive de l'Association Nationale Fédérale des Infirmiers de Psychiatrie (ANFIP)	14 mai 1982	AA-1	224
Archive associative	Déclaration constitutive de l'Association des Équipes Soignantes Psychiatriques d'Auvergne (AESPA).	8 décembre 1970	AA-2	270
Archive associative	Déclaration constitutive de l'Association Vivre	4 mars 1981	AA-3	272
Archive associative	Sommaire du compte-rendu de stage de l'Association Nationale Fédérale des Infirmiers et infirmières en Psychiatrie (ANFIP) .	1987	AA-4	275
Archives départementales				
Archives médicales administratives	Dossiers médicaux : 85 ETP au total ;	1971-1997	AM-1	218

	H-dépôt 14/11 : unités W10, W18, W22, W25, W26, W27 ; 79 ETP répartis sur les unités 8 et 9.			
--	--	--	--	--

APPENDICES
COMPLEMENTAIRES

APPENDICE 3

Lettres de permissions des éditeurs

DocuSign Envelope ID: E757694B-078D-40BC-8C55-8D62D783064B



Elsevier Masson SAS
65 rue Carnot
CS 50083
91002 Issy-les-Moulineaux cedex
France
t. +33 (0)1 71 08 31 00
f. +33 (0)1 71 08 31 01
elsevier.com

Empowering knowledge

Monsieur Benjamin VILLENEUVE

Formateur au GRIEPS



Attestation d'acceptation d'article pour publication

Je soussignée, Annabelle PAUCHARD-VELU, Directrice Déléguées aux Revues Professionnelles, certifie que l'article, dont Monsieur Benjamin VILLENEUVE est l'auteur correspondant, intitulé « Désinvisibiliser l'empowerment psychologique des infirmiers de secteur psychiatrique », a été accepté pour publication et paraîtra dans le numéro 158 de mars-avril de la revue Soins en 2025.

Cette attestation vaut permission d'utiliser cet article dans votre thèse.

Nous nous permettons de vous rappeler que vous pouvez l'utiliser pour votre usage académique mais que tous les droits de reproduction et d'utilisation de la version publiée restent la propriété d'Elsevier

Fait pour valoir ce que de droit.

Annabelle PAUCHARD-VELU

Directrice Déléguées aux Revues Professionnelles



SAS, au capital de 42475 00 € - 8340909, RCS Nanterre - TVA Intracommunautaire FR044090909
Légalement gérant de la Société d'Édition de Publications d'Enseignement Médical des Hôpitaux de Paris

Classification: Public



Les Presses de l'Université d'Ottawa
University of Ottawa Presses

Ottawa, le 16 septembre 2025

Benjamin Villeneuve
Université d'Ottawa

Objet : Autorisation de reproduction

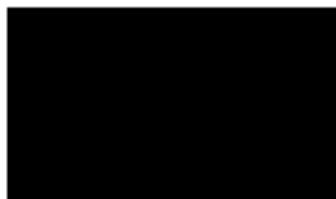
Monsieur Benjamin Villeneuve,

Par la présente, je vous confirme notre intention de publier votre texte intitulé « Au-delà de l'imposture : Les voix infirmières et les nouvelles sources de l'histoire » dans l'ouvrage collectif, *Les archives de l'histoire de la santé*, sous la direction d'Alexandre Klein et de Sophie Richelle. Votre contribution constituera un chapitre de ce livre.

Je vous confirme également que vous êtes autorisé à reproduire ce chapitre dans votre thèse de doctorat. Permettez-moi de vous remercier sincèrement pour votre précieuse contribution à cette publication, qui enrichira la collection « 21^e – Société, histoire et cultures » dirigée par E.-Martin Meunier et Marie-Claude Thibault, aux Presses de l'Université d'Ottawa.

Je profite de l'occasion pour vous féliciter pour l'achèvement de votre thèse de doctorat.

Veillez recevoir, Monsieur Villeneuve, l'expression de mes salutations distinguées.



Seli Arslan


Paris, le 3 janvier 2025

Autorisation de reproduction

Cher Monsieur,

Par le présent courrier, je vous accorde l'autorisation de reproduire dans votre thèse de doctorat l'article intitulé « Brève histoire des infirmiers psychiatriques », paru dans l'ouvrage collectif *Les infirmiers psychiatriques au cœur du soin. Analyses socio-historiques et entretiens avec des professionnels*, © Éditions Seli Arslan, 2022.

Bien cordialement





Québec, le 11 septembre 2025

Monsieur Benjamin Villeneuve

Objet : Confirmation de publication et autorisation de reproduction

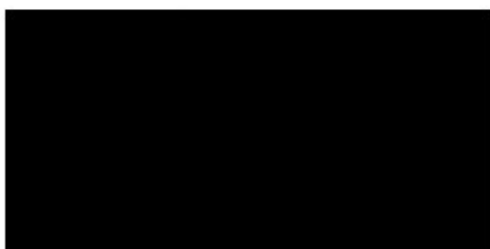
Bonjour Monsieur Villeneuve,

Par la présente, je vous confirme la publication de votre texte intitulé « Infirmières et infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) en France – (1969-1992) : regards croisés sur la naissance d'un groupe professionnel » dans l'ouvrage Prendre soin de la folie : les infirmières et infirmiers psychiatriques dans le monde francophone, dirigé par Alexandre Klein et Marie-Claude Thifault. Votre contribution constituera le chapitre 6 de ce livre.

Je vous confirme également que vous êtes autorisé à reproduire ce chapitre dans votre thèse de doctorat.

Permettez-moi de vous remercier sincèrement pour votre précieuse contribution à cette publication, qui viendra enrichir la collection Infirmières, communautés, sociétés que je dirige aux Presses de l'Université Laval. Recevez également toutes mes félicitations pour l'achèvement de votre thèse de doctorat.

Veuillez recevoir, Monsieur Villeneuve, l'expression de mes salutations distinguées.



Le 15 septembre 2025

Objet : Attestation d'utilisation d'un article accepté pour parution dans la revue RSI

Madame, Monsieur

Je soussignée Emmanuelle Cartron, rédactrice en chef de la revue Recherche en soins infirmiers, atteste que :

Monsieur Benjamin Villeneuve, est l'auteur d'une proposition d'article intitulée « *En nous ont volé la victoire* » L'empowerment psychologique des infirmiers de secteur psychiatrique le Saleto Marie de Clermont-Ferrand (2009-1995) » soumise le 10 juillet 2025 à la revue Recherche en soins infirmiers. Il a reçu deux évaluations rédigées par des experts externes au comité de rédaction et a fourni une version révisée et acceptée pour publication le 10 septembre 2025.

L'auteur est autorisé à inclure la version *pre-print* de son manuscrit accepté, c'est-à-dire la version acceptée avant mise en page éditoriale dans :

- son manuscrit de thèse ;
- les archives institutionnelles de son université ;
- les bases de données d'archives ouvertes pour la science ;

à condition que soit mentionnée la référence complète de l'article lors de sa parution officielle dans Recherche en soins infirmiers.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.



APPENDICE 4

Bibliographie des écrits profanes infirmiers sur l'histoire du *nursing psychiatrique*

Bibliographie infirmière non canonique, des sources « secondaires-primaires »

AERLIP. (1976). Des infirmiers psychiatriques prennent la parole, Paris.

Beauvue-Fougeyrollas, C. (1991). *Les infirmiers en psychiatrie et la folie*, Editions Lamarre, Paris.

Collectif National de Mobilisation en Psychiatrie. (1996). *Pour la reconnaissance des soins infirmiers en psychiatrie. Chronique d'une mobilisation nationale*, Editions Seli Arslan, Paris.

Durand, JJ. (1982). *Moi l'infirmier des fous*. Presses de la Cité.

Fleuré, J. (2011). *Dans le sillage de Jean-Baptiste Pussin. Plaidoyer pour la défense de la psychiatrie*. Coll. Lignes de vie, Editions Les deux encres.

Gérard, JL. (1993). *Infirmiers en psychiatrie [Texte imprimé] : Nouvelle génération une formation en question / Jean-Louis Gérard*. Lamarre.

Gigou Y. avec Coupechoux P. (2019). *Mon métier d'infirmier. Eloge de la psychiatrie de secteur*, Paris, Editions d'Une.

Merkling, J. (2007). *Le métier d'infirmier en santé mentale : Savoirs et pratiques*. Seli Arslan. *l'enfer. Témoignages recueillis sur l'Aquarius*. Bagnaux, Editions Digobart.

Roumieux, A. (1974). *Je travaille à l'asile d'aliénés (French Edition)*. Champ libre.

Roumieux, A. (1981). *La tisane et la camisole : Trente ans de psychiatrie publique*. JC. Lattès.

Roumieux, A. (2008). *Ville-Evrard : Murs, destins et histoire d'un hôpital psychiatrique (French Edition)* (HARMATTAN). Editions L'Harmattan.

Sanlaville, D. (2016)., *Tranches de vie en psychiatrie. Réflexions d'un infirmier*. Paris, Edilivre,

Sanlaville, D. (2018). *Retrouver le sens du soin en psychiatrie Quelques malades bien difficiles*. Témoignage infirmier. Lyon Chroniques sociales.

Tubœuf, J. (2014). *Histoire de l'institution psychiatrique. (French Edition)*. Edilivre.

APPENDICE 5

Courrier adressé aux membres de l'amicale des anciens du centre hospitalier Sainte Marie de
Clermont-Ferrand

Madame, Monsieur,

Vous avez été contacté par une de vos connaissances qui a évoqué avec vous un travail de recherche en cours sur l'institution Sainte Marie de Clermont-Ferrand. Ce courrier vise à vous informer de ma démarche de recherche et vous permettre d'évaluer votre intérêt à y participer. En fin de courrier les modalités de contact sont établies (merci de me contacter directement).


Je me nomme Benjamin Villeneuve, infirmier et cadre de santé pendant 20 ans en psychiatrie dans l'Aude, je suis aujourd'hui formateur auprès des professionnels de la santé mentale (GRIEPS¹ Lyon) et chercheur (IHM² à Lausanne et URHN³ à Ottawa). Rattaché à l'université d'Ottawa au Canada, je conduis un doctorat en Sciences Infirmières où je cherche à produire des savoirs historiques sur la profession infirmière, en particulier, psychiatriques. Mon constat de départ cible un appauvrissement grandissant des apports psychiatriques dans la formation initiale infirmière, encore plus marqué dans le champ de l'histoire. Comment savoir où l'on va si l'on ne sait pas d'où l'on vient ? Notre histoire est riche de mille enseignements mais elle reste marginale dans la grande histoire de la médecine, et un angle mort de son historiographie. L'utilité sociale de cette recherche est donc de produire des savoirs pour, d'une part, graver une inscription historique pour la profession et, d'autre part, offrir une base référencée de connaissances pour les étudiant(e)s, les professionnel(l)e(s), et les futur(e)s chercheur(e)s.

Je propose, en utilisant une méthodologie nommée « micro histoire », de réaliser une « histoire par le bas »⁴. C'est à dire, de ne pas m'intéresser aux grands noms, aux grands événements ou aux établissements emblématiques. Cette histoire existe déjà. Je souhaite, au contraire, m'intéresser au quotidien « ordinaire » des infirmiers d'un établissement rural et ainsi éclairer les zones d'ombre oubliées de la « grande histoire ». La période ciblée est celle des infirmier(e)s de secteur psychiatrique (ISP) de 1973 à 2000. De la date de la création du diplôme (1973) à la fin des grands mouvements militants ISP (2000). Mon hypothèse est, qu'il a existé durant cette période, une réelle émancipation professionnelle qui a servi les prises en soin, une profession, une discipline, des institutions et, sous le prisme du genre, les femmes. Démontrer l'existence de cette forme d'empowerment⁵, la documenter puis, en suivant, la transmettre, pourrait selon moi, aider les nouvelles générations à renouer avec leur agentivité (autonomie, conscience critique, engagement collectif).

Ma méthode de recherche va consister à croiser des sources orales (entretiens) et des sources écrites (journaux, courriers, comptes rendus de réunion, publications d'évènements locaux, diapos, films, et des dossiers patients pour explorer la qualité des transmissions infirmières). Les résultats me permettront de produire une histoire de l'ISP à l'hôpital de Sainte Marie de Clermont-Ferrand entre 1973 et 2000 et de vérifier, ou infirmer, la présence d'une émancipation professionnelle.

Mon courrier vise à solliciter votre participation à mon travail de recherche en tant que témoin de cette période. Je voudrais m'entretenir avec des personnes, femmes et hommes, possédant un diplôme ISP et ayant travaillé au moins 5 ans comme infirmier(e) entre 1973 et 2000 sur le CH Sainte Marie de Clermont-Ferrand. Le fait d'avoir été cadre infirmier par la suite n'est pas un obstacle au recrutement. Je précise que la dimension éthique du recrutement des participants, du contenu des entretiens et de l'analyse des résultats, est garantie par le respect du chercheur de l'énoncé de politique des trois conseils concernant l'éthique de la recherche avec des êtres humains.

Si vous êtes intéressés, merci de bien vouloir me le partager à cette adresse mail

 Vous intégrerez alors un corpus de candidats et candidates et deviendrez potentiellement (selon les critères d'inclusion et d'exclusion de ma méthode) un/une témoin de l'étude.

Quel que soit les suites données à votre avis favorable, je vous contacterai rapidement pour échanger avec vous sur les suites à donner pour poursuivre la recherche ou simplement vous expliquer pourquoi je n'ai pu retenir votre « profil » de témoin.

Merci infiniment de votre aide ou/et de l'attention prêtée à mon courrier. Vous pouvez aussi me contacter au [REDACTED] pour toutes questions.

Bonne. Et merci !
Benjamin.

¹ GRIEPS Groupe de recherche et d'intervention pour l'enseignement des professionnels de santé, Lyon

² IHM Institut des Humanités en médecine, Lausanne, Suisse

³ URHN Unité de recherche en histoire du nursing, infirmière

⁴ La micro histoire propose une réduction d'échelle au niveau des individus. C'est un courant historiographique des années 1970-80. L'histoire par le bas, ou *history from below* en anglais, est aussi un courant historiographique qui raconte les événements historiques du point de vue des gens ordinaires plutôt que de celui des élites. Cela permet d'éclairer les angles morts des recherches historiques événementielles. Roy Porter en est à l'origine en 1970.

⁵ Le terme « ordinaire » est à mettre en perspective avec le travail scientifique d'Horv  Guillemin (historien français). Il n'est en rien péjoratif mais au contraire démontre l'importance de découvrir l'ordinaire pour écrire une histoire globale et inclusive.

⁶ Empowerment : développement du pouvoir d'agir (traduction du chercheur Québécois LeBos ), exprime selon Zimmerman l'acquisition chez des individus d'une forme d'autonomie, de conscience critique, de confiance en soi en ses capacités et compétences, d'engagement collectif, d'estime de soi et d'assertivité. Très difficile à traduire car aucun mot français n'arrive à regrouper l'ensemble de ces critères, le plus proche est «  mancipation ».

APPENDICE 6

Guide d'entretien semi-directif

Grille d'entretien

PRÉAMBULE : Comme vous savez, ce travail de recherche vise à documenter l'histoire des ISP de l'hôpital Sainte-Marie de Clermont-Ferrand. Je cherche à collecter des récits de vie empreint de vos parcours, de votre vision du soin en psychiatrie, de ce statut particulier d'ISP aujourd'hui disparu, du travail quotidien sur l'hôpital, et de tout ce qui résonne pour vous concernant cette pièce de votre vie. Mes questions ne sont là que pour dynamiser et orienter au besoin l'entretien, vous restez maître de votre récit, de ce que vous souhaitez partager ou pas. Vous êtes libre d'arrêter l'entretien quand vous le voulez si la fatigue vient à se faire ressentir. Je peux vous assurer de ma plus grande bienveillance dans les échanges à venir. Comme évoqué ensemble, l'entretien est enregistré à mes fins de recherche. Je vous remercie une nouvelle fois de votre participation à ce projet de recherche et de votre confiance.

Le guide est composé de questions ouvertes ou semi-directives à large spectre, propices à la narration (partie une de l'entretien par récit de vie) avec des sous thèmes qui sont là pour aider le chercheur à compléter le récit au besoin (partie deux de l'entretien par récit de vie).

Question ouverte	Mémo chercheur si besoin
A. Pouvez-vous me parler un peu de vous, qui êtes-vous?	<ul style="list-style-type: none"> - âge, lieu de naissance, enfance, profession des parents, scolarité, loisirs, - métiers autres qu'infirmier, lien avec ISP
B. Comment êtes-vous devenu une/un ISP?	<ul style="list-style-type: none"> - est-ce un choix? - lien entre vie personnelle et choix professionnel - contexte (familial, social) - quelle connaissance du métier d'ISP à ce moment là
C. Pourriez vous revenir sur la formation initiale qui préparait alors au diplôme d'ISP?	<ul style="list-style-type: none"> - conditions d'apprentissage - avis sur la formation rémunérée - programme : qualité et quantité - qualité des enseignants et des formateurs - se sentaient-ils/elles formés et prêts à prendre leur service en psychiatrie? - sentiment de fierté / diplôme / statut?
D. Comment c'est passé votre prise de fonction en tant qu'ISP sur le terrain?	<ul style="list-style-type: none"> - accueil de l'équipe - sentiment personnel - niveau de compétence - rapport aux patients - conditions de travail
E. Pourriez-vous me parler de votre métier d'infirmier/infirmière ISP?	<ul style="list-style-type: none"> - conditions de travail, reconnaissance professionnelle et salariale - dimension du soin infirmier dans le quotidien - place du patient et de sa famille dans la prise en soin

	<ul style="list-style-type: none"> - place de l'ISP dans l'équipe, vis-à-vis du médecin, reconnaissance de l'institution - rapport au soin infirmier psy - sentiment de compétences spécifiques? - sentiment de fierté? - critères d'empowerment : son engagement, sa participation, son implication au sein de l'hôpital, de sa profession?
F. Quelle vision aviez-vous alors de la psychiatrie dans ces années 80, 90 en France?	<ul style="list-style-type: none"> - période de changement? - niveau d'ouverture au creux des politiques de secteur et place (effective) de la désinstitutionnalisation - place réelle des courants qui traversent cette période comme la psychothérapie institutionnelle
G. Quelle place occupait les ISP dans la psychiatrie de cette période selon vous?	<ul style="list-style-type: none"> -Niveaux associatifs? -Responsabilités? -Critères d'empowerment : posture, niveau de collaboration, agent ou acteur,...
H. Quelles actions individuelles ou collectives retenait vous comme marquante dans votre exercice durant la période évoquée?	
I. Comment votre carrière a-t-elle évoluée à l'intérieur et/ou l'extérieur de Sainte-Marie?	
J. Quelle place occupe les ISP dans la profession infirmière aujourd'hui selon vous?	<ul style="list-style-type: none"> - revenir sur la disparition du diplôme 1992 - quel héritage? - regard sur les nouveaux professionnels
K. Quel est votre bilan sur ces années professionnelles?	

APPENDICE 7

Certificat Ethique de Recherche (CER)

21/12/2023

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

Numéro du dossier / Ethics File Number	H-10-23-9578
Titre du projet / Project Title	Empowerment chez les infirmiers psychiatriques français (ISP) à l'hôpital de Sainte Marie à Clermont Ferrand (1973-2000). Une histoire par le bas.
Type de projet / Project Type	Thèse de doctorat / Doctoral thesis
Statut du projet / Project Status	Approuvé / Approved
Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)	21/12/2023
Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)	20/12/2024

Équipe de recherche / Research Team

Chercheur / Researcher	Affiliation	Role
Benjamin VILLENEUVE	École des sciences infirmières / School of Nursing	Chercheur Principal / Principal Investigator
Marie-Claude THIFAULT	École des sciences infirmières / School of Nursing	Superviseur / Supervisor

Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments

550, rue Cumberland, pièce 154 550 Cumberland Street, Room 154
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics

21/12/2023

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa, opérant conformément à l'*Énoncé de politique des Trois conseils* (2014) et toutes autres lois et tous règlements applicables, a examiné et approuvé la demande d'éthique du projet de recherche ci-nommé.

L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales ou Commentaires". Le formulaire « Renouvellement ou Fermeture de Projet » doit être complété quatre semaines avant la date d'échéance indiquée ci-haut afin de demander un renouvellement de cette approbation éthique ou afin de fermer le dossier.

Toutes modifications apportées au projet doivent être approuvées par le CÉR avant leur mise en place, sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques du projet. Les chercheurs doivent aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou pouvant affecter considérablement le déroulement du projet, rapporter tout événement imprévu ou indésirable et soumettre toute nouvelle information pouvant nuire à la conduite du projet ou à la sécurité des participants.

The University of Ottawa Research Ethics Board, which operates in accordance with the *Tri-Council Policy Statement* (2014) and other applicable laws and regulations, has examined and approved the ethics application for the above-named research project.

Ethics approval is valid for the period indicated above and is subject to the conditions listed in the section entitled "Special Conditions or Comments". The "Renewal/Project Closure" form must be completed four weeks before the above-referenced expiry date to request a renewal of this ethics approval or closure of the file.

Any changes made to the project must be approved by the REB before being implemented, except when necessary to remove participants from immediate endangerment or when the modification(s) only pertain to administrative or logistical components of the project. Investigators must also promptly alert the REB of any changes that increase the risk to participant(s), any changes that considerably affect the conduct of the project, all unanticipated and harmful events that occur, and new information that may negatively affect the conduct of the project or the safety of the participant(s).

Germain ZONGO

Responsable d'éthique en recherche / Protocol Officer

Pour/For **Daniel LAGAREC** Président(e) du/ Chair of the **Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé et sciences / Health Sciences and Sciences Research Ethics Board**

550, rue Cumberland, pièce 154 550 Cumberland Street, Room 154
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics

APPENDICE 8

Lettre de consentement aux témoins

Formulaire de consentement

Titre du projet : Empowerment chez les infirmiers psychiatriques français (ISP) à l'hôpital de Sainte Marie à Clermont Ferrand (1973-2000). Une histoire par le bas.

Chercheur principal :

- Villeneuve Benjamin
- Ecole des sciences infirmières, faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
- Adresse de courriel : b.villeneuve@uottawa.ca
- Numéro de téléphone : [REDACTED]

Thèse de doctorat sous la direction de:

- Marie-Claude Thifault, Professeure ou professeur titulaire [Full Professor, 1603, École sc. infirmières/Nursing, [REDACTED]]
- Aude Fauvel, Maître d'enseignement et de recherche à la Faculté de biologie et de médecine, Institut des humanités en médecine, CHUV-UNIL, [REDACTED]

Invitation à participer : Je suis invité.e à participer à la recherche, nommée ci-haut. Elle est menée par Villeneuve Benjamin.

But de l'étude : Ce projet de thèse nourrit une double ambition. Il s'agit, d'une part, de produire des connaissances historiques aujourd'hui absentes de l'historiographie infirmière française, et, d'autre part, de documenter dans le même temps la présence d'un empowerment psychologique chez ces professionnel.le.s.

Les objectifs précis de l'étude consistent à répondre aux questions de recherches suivantes:

- Qui étaient ces femmes et ces hommes et quels ont été leurs parcours ?
- Pourquoi avaient-ils choisi cette formation spécifique ? Comment se formaient-ils à cette spécialité infirmière ? Comment ces professionnel.le.s définissaient-ils le soin infirmier et quel était leur rapport au patient.e ? Dans quelle mesure ce groupe professionnel a-t-il pu influencer l'évolution de la psychiatrie de secteur, ou pas ?
- Était-il engagé dans un processus d'empowerment psychologique individuellement ou/et collectivement ?

Faculté des sciences de la santé
Pavillon Roger-Guindon
Faculty of Health Sciences
Roger Guindon Hall
613-562-5800 (5603)
613-562-5437
sante.uOttawa.ca
health.uOttawa.ca
451 Smyth
Ottawa ON K1H 8M5
Canada

Participation: Je participerai à une entrevue individuelle menée par le chercheur principal de l'étude. Ces entretiens d'une durée maximale d'une heure trente, se dérouleront dans le lieu et au moment de mon choix. Je peux également préférer une modalité par visio conférence ou téléphone si le présentiel ne me convient pas. Cette interview, prévue initialement en deux temps, peut être séquencée en plusieurs fois si je le souhaite. Les questions posées me permettront de développer un récit sur ma carrière d'ISP au sein de l'établissement Sainte-Marie. Le chercheur me demandera d'évoquer mon parcours de vie personnel et professionnel, principalement sur ma profession d'infirmière psychiatrique. Je reviendrai sur ma trajectoire d'étudiant.e puis d'infirmière au cœur du centre hospitalier Sainte-Marie. J'évoquerai aussi bien mon quotidien, mon rôle, mes fonctions en tant qu'ISP, que mon rapport au soin, au patient ou encore à l'équipe. Cette entrevue sera enregistrée à des fins de recherche et je pourrais revisiter la transcription si je le souhaite.

Risques : La situation d'entretien pourrait engendrer une situation d'inconfort avec une certaine fatigabilité, en particulier si elle venait à perdurer au delà du temps fixé.

Bienfaits : Ma participation à cette recherche aura pour effet de contribuer à établir une histoire aujourd'hui méconnue y compris au sein de la discipline infirmière. C'est dans le même temps une valorisation de mon passé professionnel.

Confidentialité et vie privée : Je déciderai de conserver, ou pas, mon anonymat. Dans le cas où je souhaite préserver mon anonymat, même si le chercheur ne peut garantir sa préservation intégrale liée aux différents recoupements que peuvent opérer les lecteurs des résultats de l'étude, il mettra tout en œuvre pour limiter ces rapprochements (nom d'emprunt, maquillage des noms des services de soins occupés, pour exemple).

- Je souhaite préserver mon anonymat dans cette étude: oui non

Conservation des données: Les données collectées sur le support audio mais aussi à l'intérieur du carnet de note du chercheur, seront conservées de façon sécuritaire. Le support audio, numérisé et enregistré sur disque dur externe, rejoindra le carnet de notes dans le coffre de bureau de Mr Villeneuve, à son domicile. A des fins de recherche et en cohérence avec les objectifs de l'étude, pour une durée de vingt ans.

Participation volontaire : Ma participation à cette recherche est volontaire et je suis libre de me retirer en tout temps, de refuser de répondre à toute question à laquelle je ne veux pas répondre. Si je choisis

APPENDICE 9

Guide d'analyse

Grille d'analyse en trois dimensions inspirée par Bertaux			
Thèmes	Réponses	Archives à demander	Notes perso
Témoin			
L'intériorité du sujet			
Profil			
Arrivée vers ISP			
Concours			
L'école			
Mentalité étudiant			
Formation initiale programme			
Formation initiale stage			
Premiers pas en ISP			
L'historique des relations			
Les soins			
Le soin infirmier			
Le patient			
L'agressivité Coercition			
Lien avec médecin			
Le rapport à l'équipe			
Place de l'infirmier			
Les services du CH-relation			
Le secteur-intra/extra			
Les rapports socio-structurels			
Action marquante			
Evolution de carrière			
Regard sur la profession			
Engagement asso et syndical			
Les sœurs			
1992			
Empowerment			

Un empowerment partagé ?			
EPet genre			

APPENDICE 10

Autorisation de recherche sur l'établissement de Sainte-Marie de Clermont-Ferrand



Centre Hospitalier
Sainte-Marie
CLERMONT-FERRAND

33, rue Gabriel Peri - CS 9912
63037 CLERMONT-FERRAND Cedex 1
Bus lignes 5 et 32 arrêt G. PERI
Tramway arrêt CAILLARD
Tél. 04 73 43 55 10
Fax 04 73 37 26 05

Clermont-Ferrand, le 25 août 2023



Nos Réf. : 2023-132 IC/AMB

**Objet : Autorisation de recherche sur l'établissement
Sainte-Marie de Clermont-Fd**

Monsieur,

Je vous informe, par la présente, de ma décision à autoriser votre venue dans notre établissement pour mener vos recherches et travailler sur les archives institutionnelles et principalement, concentrées au sein du centre de documentation du Centre Hospitalier Sainte-Marie.

En qualité de comité éthique de recherche au sein de notre établissement (établissement privé à but non lucratif), ma décision, en qualité de directrice de l'établissement prévaut.

Je délègue la supervision de votre démarche à Monsieur Dominique REYNAUD, Directeur des soins.

Cette décision prendra acte à la validation de votre activité de recherche par le CER de votre université.

Je vous prie de recevoir, Monsieur, mes salutations distinguées.



APPENDICE 11

Lettre d'accord d'exploitation des dossiers médicaux aux archives départementales du Puy-
de-Dôme

Clermont-Ferrand, le 22 janvier 2025

Le préfet du Puy-de-Dôme

à

[REDACTED]

Vous m'avez saisi le 17 juin dernier d'une demande d'accès anticipé par dérogation aux délais de libre communicabilité des archives publiques pour consulter des dossiers médicaux issus du fonds du Centre hospitalier Sainte-Marie, non encore librement communicables et conservés aux Archives départementales du Puy-de-Dôme.

Le Centre hospitalier Sainte-Marie qui a versé ces documents, m'ayant fait connaître son accord, je suis heureux de vous faire savoir que j'ai décidé de donner une suite favorable à votre demande.

En conséquence, je vous autorise à consulter aux Archives départementales les dossiers suivants :

- 85 ETP en totalité;
- H-dépôt 14 11 W 10, 18, 22, 25, 26, 27,
- 79 ETP 8 et 9.

Je vous rappelle l'engagement que vous avez signé de ne publier ou de ne communiquer aucune information susceptible de porter atteinte aux intérêts protégés par la loi, notamment à la vie privée des personnes, et je vous demande de vous y conformer. Vous m'avez par ailleurs assuré de l'anonymisation des données recueillies.

Il vous appartient de vous présenter vous-même avec cette lettre aux Archives départementales pour consulter ce dossier, et si vous le souhaitez, en réaliser la reproduction dans le respect des règles définies par le service.

Je souhaite que vos recherches se poursuivent avec succès.

Joël MATHURIN

Pour le préfet et par délégation,

Le Directeur des Archives départementales
du Puy-de-Dôme,

[REDACTED]
Pierre-Frédéric BRAU

APPENDICE 12

Tableau des cinq programmes de formation initiale des infirmiers psychiatriques puis du
diplôme commun (1955, 1973, 1979, 1992)

Tableau des cinq programmes de formation initiale des infirmiers psychiatriques puis du diplôme commun (1955, 1973, 1979, 1992, 2009)					
	Durée totale formation	Théorie	Contenu programme	Stages	Spécificité du programme
1955 Formation rémunérée.	2 ans	120, leçons de 1h30 ou 3 heures qui se déroulaient au minimum sur deux années	Hygiéniste Médical	Les élèves sont salariés et affectés à un service en dehors des heures de formation	Peu de place à la psychiatrie, soins fixés sur l'hygiène
1973 Formation rémunérée	28 mois	1580h	Soins généraux Santé mentale et psychiatrie	50 semaines de stage.	
1979 Formation rémunérée	33 mois, 4640 heures	2280 h 1776 heures + 504 heures de TD Théorie appliquée à la psychiatrie environ 1000 heures	Une année commune avec les DE en soins généraux du programme Soins infirmiers Santé mentale et psychiatrie	2360 h, 14 semaines en milieu général obligatoire 16 semaines de stages complémentaires	9 semaines de congés Place significative à l'enseignement de la psychiatrie infanto-juvénile Tronc commun DE soins généraux
1992 Statut d'étudiant non rémunéré	4760 heures	2240 heures Théorie appliquée à la psychiatrie 440 heures	Programme au contenu largement biomédical avec l'approche par modules Place aux soins infirmiers et rôles propre	2275 heures de stages cliniques 8 semaines obligatoires de stage en psychiatrie, soit environ 280 heures	Approche par modules 245 heures de suivi pédagogique
2009 Formation universitaire LMD	4200 heures	2100 Théorie appliquée à la psychiatrie 80 heures. Unité d'Enseignement 2.6 - Processus psychopathologiques (UE obligatoire en 2^e année – 60 heures)		2100 Les textes n'imposent pas explicitement un nombre d'heures ou de semaines en psychiatrie.	900 heures de travail personnel Approche par compétences

Sources : La construction de ce tableau repose sur l'analyse croisée des textes réglementaires publiés au *Journal officiel* et accessibles via Légifrance, depuis l'arrêté du 28 juillet 1955 qui

institue la première formation des infirmiers des hôpitaux psychiatriques, jusqu'à l'arrêté du 31 juillet 2009 qui fonde le diplôme d'État d'infirmier dans le cadre universitaire. Entre ces deux jalons, l'arrêté du 16 février 1973 et l'arrêté du 26 avril 1979 fixent les contenus et durées des programmes spécifiques aux infirmiers de secteur psychiatrique, tandis que le décret n°92-861 du 28 août 1992 met un terme à ce cursus en l'intégrant dans une formation infirmière commune. Ce corpus réglementaire est complété par la mise en perspective d'Annick Perrin-Niquet, qui dans son article publié en 2020 dans *L'Information psychiatrique* (*De l'infirmier de secteur psychiatrique à l'infirmier de pratique avancée en santé mentale et psychiatrie*, DOI : 10.1684/ipe.2020.2142), souligne l'impact de ces réformes sur l'identité professionnelle et la spécificité clinique de la formation. L'articulation entre ces textes officiels et cette lecture experte permet d'établir la validité historique et académique du tableau présenté.

APPENDICE 13

Diplôme ISP

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
SECRETARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DE LA SANTÉ

RÉGION DE Auvergne

DIPLOME D'INFIRMIER DE SECTEUR PSYCHIATRIQUE

DÉLIVRÉ EN APPLICATION DE L'ARTICLE L 477 (1°) DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DANS LES CONDITIONS FIXÉES PAR L'ARRÊTÉ DU 16 FÉVRIER 1973 MODIFIÉ

M. Besson Joëlle Marie Paule
née le 17 Mars 1961, à Brioude (Haute-Loire)
après avoir suivi l'enseignement professionnel du personnel soignant organisé
au Centre de formation d'infirmiers de secteur psychiatrique de Le Puy
et subi avec succès les épreuves de l'examen régional organisé le 29 Juin 1983
à Clermont Ferrand
est reconnu apte à exercer les fonctions d'infirmier de secteur psychiatrique.

Clermont Ferrand, le 19 JUIL 1983
S.

Mod. 2147 - BUREAU NATIONAL, NANCY, DEL. 012.12