



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ SCIENTIFIQUE et MÉDICALE de GRENOBLE
MÉDECINE et PHARMACIE

107 exempl

Domaine de LA MERCI LA TRONCHE

Année 1974

N° d'Ordre

125

Pratique et signification
des soins psychiatriques infirmiers
en 1974

THÈSE

présentée

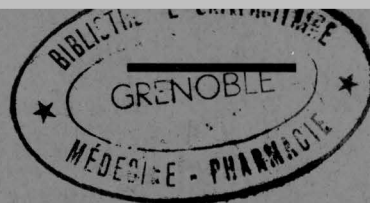
à l'Université Scientifique et Médicale
de Grenoble,

pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

par

MADAME ODILE MEFTAH NÉE GUILLET

[Données à caractère personnel]



Cette thèse sera soutenue publiquement le 16 décembre 1974 devant :

M. le Professeur R. FAU, Président du Jury

MM. les Professeurs G. ARNAUD et J. BOUCHARLAT

MM. les Docteurs R. MILLON et C. PY

UNIVERSITÉ SCIENTIFIQUE et MÉDICALE de GRENOBLE
MÉDECINE et PHARMACIE

Domaine de LA MERCI LA TRONCHE

Année 1974

N° d'Ordre

Pratique et signification
des soins psychiatriques infirmiers
————— en 1974 —————

THÈSE

présentée

à l'Université Scientifique et Médicale
de Grenoble,

pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

par

MADAME ODILE MEFTAH NÉE GUILLET

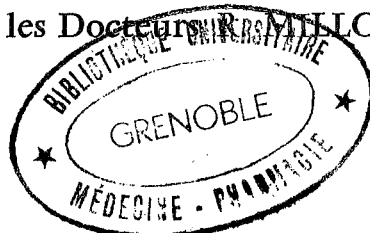
[Données à caractère personnel]

Cette thèse sera soutenue publiquement le 16 décembre 1974 devant :

M. le Professeur R. FAU, Président du Jury

MM. les Professeurs G. ARNAUD et J. BOUCHARLAT

MM. les Docteurs R. MILLON et C. PY



A Hamid

A Tarik et Karine

A la mémoire de mon père.

A ma mère, en reconnaissance filiale et pour la remercier
du dévouement et de la disponibilité dont elle a toujours fait preuve
à mon égard.

A ma famille.

A tous ceux qui me sont chers.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur R. FAU

Professeur titulaire de clinique neuro-psychiatrique

Nous avons toujours admiré à travers l'enseignement qu'il nous a donné, sa grande intelligence et ses dons de clinicien brillant.

Son personnage restera pour nous longtemps présent, lié à son sens très vif de la perception des hommes.

Nous lui exprimons ici toute notre gratitude pour le soutien qu'il nous a toujours accordé, et le remercions de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur le Professeur G. ARNAUD

Professeur Honoraire de l'Université Scientifique
et Médicale de Grenoble

Sa présence au sein de ce jury nous comble doublement :

- Il nous a, dès nos premières années de médecine, toujours accueilli avec compréhension et bienveillance.

- Par ailleurs, l'intérêt qu'il a toujours porté au personnel soignant, le temps qu'il a accordé tout au long de sa carrière et jusqu'à son terme au problème de leur formation, le désignaient tout particulièrement pour juger notre travail.

Qu'il trouve ici un témoignage de notre admiration et de notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur J. BOUCHARLAT

Maître de conférence Agrégé de Psychiatrie

Nous avons été sensible au cours de notre formation à sa culture et à son extrême accessibilité.

Nous connaissons sa bonté et l'intérêt soutenu qu'il a toujours porté à ceux qui l'entourent.

Nous aimerions qu'il sache notre respect, et nous le remercions d'avoir bien voulu accepter de juger ce travail.

Monsieur le Docteur R. MILLON

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Nous sommes particulièrement heureuse de le compter parmi nos juges.

Son personnage, profondément lié à des souvenirs d'enfance, reste pour nous le modèle d'une certaine conception de la psychiatrie.

Nous avons, au cours de ce travail qu'il a inspiré et dirigé, pu apprécier sa remarquable connaissance des phénomènes relationnels et de la vie institutionnelle.

Nous souhaitons qu'il trouve ici un modeste témoignage de notre respectueux attachement.

Monsieur le Docteur C. PY

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Il a bien voulu accepter de juger ce travail qui fait écho à certaines de ses préoccupations.

Qu'il en soit ici, sincèrement remercié.

à Monsieur le Docteur C. AMEYE

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Il nous a accueilli durant deux années d'internat.

Nous avons pu apprécier sa compétence clinique et admirer l'étendue de ses connaissances.

Qu'il trouve ici l'expression de notre sincère reconnaissance pour la confiance et la sympathie qu'il nous a toujours accordées.

à Monsieur le Docteur H. HEYWARD

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Au cours d'une année passée dans son service, nous avons été impressionnée par la chaleur de sa présence auprès du malade, la curiosité de son esprit, le souci qu'il a des dimensions sociologiques de la psychiatrie.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance pour ce que nous lui devons.

à Monsieur le Docteur D. NEEL

Médecin Directeur de la Clinique Georges Dumas

Nous gardons un excellent souvenir des années passées dans son service.

Il a toujours fait preuve à notre égard de bienveillance et de sympathie.

En témoignage de notre respectueuse gratitude.

A tous les infirmiers et infirmières de l'Hôpital de Saint-Egrève qui ont été nos compagnons de travail au cours de nos années d'internat.

Aux infirmières du service du Docteur MILJON dont la collaboration nous a permis de réaliser ce travail qui leur est dédié.

Qu'elles soient ici remerciées de leur accueil et de leur aide.

A Roselyne BLANC
Arlette ROLLAND

qui nous ont aidé à l'élaboration de cette thèse.

"Il s'agit de savoir si ma présence change quelque chose à ça : cette petite masse de personnes qui sont là pour quelque chose qui les dépasse ainsi que moi-même : l'aliénation sociale, la folie endogène, le rejet du monde, et... Est-ce que me tourner comme ceci plutôt que comme cela a une influence sur ce monde particulier dans lequel je suis ?"

Docteur J. OURY

IVe Congrès International de Psychothérapie.
Barcelone - Septembre 1958.

INTRODUCTION

Chaque étape de l'évolution de la psychiatrie a déterminé l'introduction d'un changement dans la pratique des soins modifiant ainsi directement le rôle du personnel soignant et impliquant par là même des remaniements constants de leur formation.

Alors que la psychiatrie poursuit une mutation inscrite dans les nécessités du monde actuel, reproduisant ainsi les mêmes phénomènes, nous nous sommes interrogés avec un groupe d'infirmières sur la réalité quotidienne de leur pratique et la signification qu'elle prend, ceci dans une perspective d'avenir.

Il nous est alors apparu comme indispensable de commencer ce travail par un rappel aussi concis que possible des moments essentiels de l'histoire de la psychiatrie dont l'histoire même du monde infirmier n'est pas dissociable.

HISTORIQUE

Ce n'est qu'au XIXe Siècle, sous l'impulsion de PINEL, qu'apparaît "le malade mental" jusqu'alors assimilé dans "les renfermeries" aux marginaux de tous ordres - du galérien à l'incurable, en passant par les filles publiques et les orphelins abandonnés- son geolier garde-malade se transforme alors, dans les premiers asiles en gardien au statut précaire.

De 1840 à 1935, les thérapeutiques dans les asiles apparaissent des plus limitées :

- L'ère du "traitement moral par l'asile" préconisé par ESQUIROL en 1822 n'est plus qu'un souvenir dont il ne reste que la coercition sur l'aliéné.

- Les thérapeutiques médicamenteuses commencent à être utilisées : bromure en 1857, Chloral en 1869, barbituriques en 1903.

- La contention mécanique est d'un emploi fréquent.

Cette époque est cependant marquée par :

- Une certaine prise de conscience de la nécessité d'une formation pour le gardien.

- Des tentatives multiples et dispersées pour répondre à ce besoin (ouverture d'écoles d'infirmières dès 1878 -arrêté

.../...

précisant la situation des infirmiers d'asile et règlementant leur formation).

- La réticence générale du personnel à l'égard de cette formation.

La thèse du Docteur G. DAUMEZON (Paris 1935) fait le point sur la "situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés", et ceci à la veille de changements très importants dans cette situation.

De nombreuses réformes, depuis longtemps suggérées vont effectivement se concrétiser entre 1935 et 1965.

- 1936 est une date importante pour l'infirmier d'asile, qui, soumis jusqu'alors à des règles quasi féodales se voit doté d'un statut.

- Les asiles devenus Hôpitaux Psychiatriques en 1937, vont se transformer de 1939 à 1945 en véritables antichambres de la mort. Mais en même temps, dans ce contexte dramatique de la guerre, des liens de solidarité se ressèrent entre malades - médecin - personnel, à l'origine d'une volonté de rénovation que laissait percevoir le Docteur P. BALVET, dès 1942 à Montpellier, au Congrès des Médecins Aliénistes de Langue Française. Il y reposait avec un éclat passé alors inaperçu le principe Esquirolien du maniement de l'institution comme instrument de soins.

C'est à cette époque que commencent les expériences de SAINT ALBAN, de FLEUPY LES AUBRAY et qu'apparaît le mouvement de la révolution psychiatrique qui se manifeste lors des "journées psychiatriques nationales" de mars 1945 et janvier 1947 organisées avec le concours de différents organismes et de personnalités psychiatriques au premier rang desquelles se trouve le Docteur H. EY.

C'est aussi depuis 1945, le début de l'ère thérapeutique.

.../...

- On cherche à ébranler la structure asilaire, à la suite et appuie la redécouverte d'HERMANN SIMON^{et} de ses déclarations "Les trois maux dont sont menacés nos malades mentaux dans un hôpital et contre lesquels notre thérapeutique doit lutter sans arrêt sont les suivants : l'inaction, l'ambiance défavorable de l'hôpital et le pré-jugé d'irresponsabilité du malade lui-même." C'est ainsi qu'on suscite à l'intérieur de l'hôpital des activités sociothérapeutiques et ergothérapeutiques.

- L'introduction de la chimiothérapie va se faire de façon parallèle : Insulinothérapie en 1936, Electro-choc en 1940, et surtout neuroleptiques dès 1953.

- L'influence de la psychanalyse sur la psychiatrie et les structures psychiatriques sera progressivement croissante ne se limitant pas à la seule technique psychanalytique mais se retrouvant dans différentes méthodes psychothérapeutiques : psychothérapies de groupe, psychodrames, psychothérapie institutionnelle.

Cette période caractérisée par des évolutions spectaculaires provoque des changements subits dans le traitement du malade, les conditions de vie à l'Hôpital Psychiatrique, et remet ainsi en question le travail du personnel soignant infirmier.

- Dès 1949, une circulaire souligne l'urgence de promouvoir un enseignement local, conforme aux progrès rapides des techniques médicales et psychothérapeutiques et sanctionné par un examen qui confère le diplôme "d'Infirmier des Hôpitaux Psychiatriques".

Dans la pratique, cet enseignement évolue sous des formes diverses, cependant qu'apparaissent dès 1948 la collaboration avec les C. E. M. E. A. (1) pour l'organisation des stages psychiatriques et que la formation continue s'organise sous différents aspects (notamment réunions).

(1) Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active.

Dénonçant alors "l'omnivalence" de l'infirmier considéré trop souvent dans son travail comme "une pièce interchangeable" le Docteur R. MILLON souhaite une distribution des tâches avec apprentissage de chaque rôle, en effet dit-il : *"Dans un cadre propre, confortable, agréable, le malade hospitalisé doit recevoir des soins physiques et pouvoir parler en confiance de ses difficultés à un interlocuteur toujours disponible et compréhensif, tandis que son emploi du temps journalier doit être organisé sur le modèle de sa vie extérieure fondé sur les mêmes valeurs, soit une journée rythmée par quelques heures de travail séparées par des loisirs et rattachée à une communauté vivante et dynamique où les malades réapprendront en groupe les impératifs d'une vie sociale normale. Quel infirmier peut, à lui tout seul réunir les qualités et les connaissances indispensables à ce programme minimum ?"* (1).

Ses préoccupations rejoignent ici celles de ses confrères, comme en témoigne une efflorescence d'études consacrées aux infirmiers psychiatriques, soit dans leur rôle, soit dans leur formation. Nous ne citerons ici qu'un nombre de travaux relativement restreint mais établis comme points de repère.

- Le rapport de l'O. M. S. sur "le rôle et la formation de l'infirmier psychiatrique" paru en juillet 1956.

- Le compte-rendu par le Docteur R. MILLON et Mademoiselle M.A. CHASLES sur le "rôle de l'infirmière dans l'équipe psychiatrique" publié sur l'Information Psychiatrique de Mai 1958.

- Les travaux du groupe de Sèvres en 1958 dont le thème principal est "la participation de l'infirmier aux psychothérapies", travaux qui marquent une date dans l'histoire des idées sur la psychiatrie dite "institutionnelle" en mettant en évidence l'extrême

(1) Extrait du Bulletin Intérieur de l'H.P. de St Alban.
Trait d'Union n° 216 et 217 du 10 septembre 1954.

.../...

diversité des points de vue des participants, à la limite opposés et inconciliables (1) :

- C'est ainsi que les Docteurs DAUMEZON, LOUBTCHANSKI, AULAGUIER et RESNIK y évoquent la difficulté d'introduire des traitements psychothérapeutiques individuels dans un service fermé, les relations du thérapeute avec le personnel infirmier s'instaurant alors sous le signe de "l'union forcée".

- Le Docteur BAILLY-SALINS précise l'importance du rôle thérapeutique des infirmiers, mais restreint la psychothérapie du personnel infirmier à la psychologie de la "relation adaptée" qui accorde une moindre importance à la relation directe par la parole.

- Le Docteur OURY se reportant à sa communication au Congrès de Zurich en 1957 sur "l'analyse de l'environnement immédiat du malade dans le cadre de la thérapeutique institutionnelle", précise et développe ses positions. Il constate que : *"Le mode de relation qui existe entre le groupe des médecins et le groupe des infirmiers se transmet tel quel entre le groupe des infirmiers et le groupe des malades"* et il note également qu'une certaine attitude du personnel peut prendre : *"un indice psychothérapeutique dans le nouveau mode de relation qui doit être développé"*. Alors au sein d'une ambiance instituée *"médecins et infirmiers peuvent devenir pour un temps de véritables psychothérapeutes."*

- Le Docteur LE GUILLANT refuse de parler de psychothérapie dans le contexte donné.

(1) FACAMIER en 1970 dans "le psychanalyste sans divan" insiste sur ce clivage, survenu au moment où la psychanalyse est introduite comme théorie explicative et où ses concepts servent à cerner la réalité institutionnelle.

.../...

- Le Docteur BONNAFE résume quant à lui ses perspectives *"connaissance approfondie et maîtrise des significations pathogènes dans le milieu hospitalier chez chaque membre actif du collectif ; rôle essentiellement didactique du responsable de ce collectif ; développement de cette culture dans un mouvement d'échanges qui implique apport de l'infirmier au médecin autant qu'apport du médecin à l'infirmier."*

- En 1964 la Revue de la Croix-Marine du Centre publie un rapport des Docteurs J. BLANDIN et R. GENTIS sur *"la formation du personnel infirmier des Hôpitaux Psychiatriques"* insistant une fois de plus sur *"le déficit aussi bien qualitatif que quantitatif des infirmiers psychiatriques qui constitue un des obstacles majeurs à la progression de nombreux services de psychiatrie"*.

Pendant cette longue période d'après-guerre, on assiste en tout cas à la mise en place de deux courants émanant de l'évolution de la psychiatrie vers une *"psychiatrie communautaire"* :

1) La psychothérapie institutionnelle développée à partir de 1945 par les Docteurs F. TOSQUELLES, J. OURY et d'autres... et les communautés thérapeutiques d'influence anglo-saxonne.

2) La politique de secteur, dont un des principes fondamentaux avait été posé déjà par le Docteur L. BONNAFE en 1945 : *"l'unité et l'indivisibilité de la prévention, de la prophylaxie, de la cure et de la post-cure doivent être respectées au maximum"*. Amorcée dans certains services dès 1958 (1) mise en place par la circulaire du 15 mars 1960, elle devient effective en 1970 alors que les médecins des Hôpitaux Psychiatriques deviennent médecins-chefs de secteur, l'infir-

(1) cf Communication des Docteurs MILLON, GOLDSTEINAS, BILLAUD, Madame LAGESSE au Congrès de Tours en juin 1959 sur *"secteur "actif" et infirmière de santé mentale"*.

.../...

mier étant nommé à son tour "infirmier de secteur".

Qu'en advient-il du rôle de l'infirmier, quel est son devenir, alors que, par ailleurs, depuis quelques années, une vague de contestations envahit le monde actuel ?

La question est à nouveau posée, et sera un des thèmes principaux du congrès d'Auxerre au mois de septembre 1974. Et fait notable, des infirmiers ont décidé à cette occasion de réfléchir, de se poser l'interrogation. On a donc assisté à l'élaboration d'un travail collectif sur ce sujet, rapport non conventionnel, non encore édité à l'heure actuelle. Il témoigne en tout cas d'une véritable mutation dans le monde infirmier, qui silencieux pendant des années a trouvé là une de ses formes d'expression, expression de sa détermination à défendre une certaine conception de la psychiatrie. Les manifestations relativement récentes de Burloud, La Queue en Brie, Rodez, Saint-Alban, Saint-Dizier pour ne citer que celles dont la presse s'est emparée, appartiennent à ce même mouvement.

C'est dans ce climat général que notre groupe de réflexion est né à l'Hôpital de Saint-Egrève, groupe dont on pourrait dire, comme le Docteur RALVET disait des réunions d'équipe au moment de leur apparition *"que le point de départ n'est point individuel ni pluri-individuel, il est collectif. Ce n'est pas le fait du psychiatre en tant qu'homme d'une pensée directrice extérieure à son objet, mais production spontanée de l'établissement au moment où (à notre insu en grande partie) il atteint un certain stade d'évolution"*.

Le thème en fut proposé par le Docteur MILLON "pratique et signification des soins psychiatriques" et par le projet même de notre travail, nous avons la meilleure place pour constituer l'élément moteur de la réalisation du projet.

.../...

METHODOLOGIE

PREALABLE

Il nous paraît indispensable de noter ici que ce n'est pas la première fois que des groupes de réflexion similaires prennent forme dans le service du Docteur MILLON, celui qui sert de base à notre travail, se replaçant donc dans une dynamique de réflexion, d'analyse propre au service.

Il faut également noter qu'étant nous-même interne en fonction dans un autre service, c'était notre premier contact avec la majorité des participants, ceci nous ayant permis de garder une certaine neutralité, une certaine distance.

NAISSANCE DU GROUPE

Dans le contexte rappelé en fin d'historique, le Docteur MILLON, envisagea donc à la fin de l'année 1973, la possibilité d'engager un travail autour de ce nouveau thème et proposa la constitution de deux groupes de réflexion : un le matin, l'autre l'après-midi, ceci, d'une part en tenant compte des horaires de travail du personnel, pour faciliter leur participation, et d'autre part pour éviter l'écueil de nombre qu'aurait pu représenter la constitution d'un seul groupe. Le personnel soignant concerné, c'est à dire uniquement infirmier et diplômé, fut prévenu de cette démarche et put s'inscrire librement à l'un ou l'autre des deux groupes.

.../...

DEBUT DES REUNIONS - RYTHME ET DUREE - INTERRUPTION

- Les réunions ont débuté au mois de janvier 1974.
- Elles avaient lieu les deuxième et quatrième mercredi de chaque mois, et duraient une heure et demi :

- de 9 h 30 à 11 h pour le groupe du matin
- de 14 h à 15 h 30 pour le groupe de l'après-midi.

- Deux séances complètes ont été annulées du fait des congés du chef de service (fin mars, début avril).

- une réunion du matin, début mai, a été également annulée faute de participants.

Enfin, ce travail a été interrompu en juin, son interruption coïncidant avec le début des congés annuels du personnel soignant.

Notre étude porte donc sur le contenu de quinze réunions :

- sept réunions du groupe du matin ou premier groupe
- huit réunions du groupe de l'après-midi ou second groupe.

- Il faut souligner ici que dès la rentrée (septembre-octobre) un certain nombre de participants ont sollicité la "remise en route" de ces groupes.

LES PARTICIPANTS

La participation a été uniquement féminine, le service autrefois "service de femmes", actuellement "mixte", reçoit depuis deux ou trois ans des malades hommes, mais l'injection de personnel

.../...

infirmier masculin ne s'est pas faite de façon parallèle, ce qui explique une présence largement majoritaire d'infirmières dans le service.

- Parmi ces infirmières, qui avaient entre 25 ans et 6 ans de carrière, se trouvaient :

- des infirmières "intra-hospitalières" avec représentation de la hiérarchie : infirmières - surveillantes de pavillon - surveillante chef ;

- des infirmières "extra-hospitalières",

Les unes et les autres émanant des différentes unités de soins qui composent le service.

- Du fait de l'horaire des réunions toutes les équipes se trouvaient représentées :

- équipe du matin
- équipe de l'après-midi
- équipe de nuit (à travers une infirmière qui, d'après-midi au début des réunions a continué à y participer bien qu'étant passée "de nuit")

LA PARTICIPATION OU ASSIDUITE DU GROUPE

Exceptés le Docteur MILLON et nous-même, le groupe du matin comprenait au départ neuf participants, celui de l'après-midi, sept.

La participation a été variable d'une réunion à l'autre, du fait, notamment de certaines défections "occasionnelles" : congé hebdomadaire, passage "de nuit", participation à des congrès, nécessité d'intervention fortuite dans le secteur.

.../...

Les abandons définitifs peuvent être cependant évalués à quatre pour l'équipe du matin, et deux pour l'équipe de l'après-midi.

LE MATERIEL DE TRAVAIL

Les participants ont sans difficulté et dès le départ, donné leur accord pour le principe d'un enregistrement intégral sur bande magnétique du contenu des réunions.

C'est également avec leur accord, et devant la richesse des textes obtenus que nous avons décidé de publier ce matériel, mis en annexe à ce travail.

.../...

CHAPITRE I

L'INFIRMIERE DANS SA PRATIQUE :

ANALYSE DU CHAMP D'ACTIVITES OU ON LA SENT A L'AISE

CHAPITRE I

L'INFIRMIERE DANS SA PRATIQUE : ANALYSE DU CHAMP D'ACTIVITES OU ON LA SENT A L'AISE

"On a évolué avec le temps. Pour moi, c'est toujours quelque chose de voir un malade sans camisole, de voir la sectorisation, d'avoir un contact avec les familles... C'est vrai que quand on a connu.... J'ai rencontré ce matin une malade qui est depuis quinze ans à l'hôpital, et qui cueillait des pâquerette ; elle a encore ses petites mains toutes serrées tellement elle a été camisolée."

"Moi, je me dis que maintenant, on fait quelque chose."

"L'autre jour, j'ai visité un service d'alcooliques, fermé ; vous savez, j'aime autant que ce soit ouvert... C'est terrible.... une déchéance... de voir ces hommes qui me regardaient... comme autrefois..."

"Il y a dix ans, il fallait vraiment avoir besoin de travailler pour subir ce qu'on subissait. Ce n'était pas toujours facile, notre métier, notre profession, à cette époque-là."

"Il y a toujours un espoir ; moi, je m'accroche à ça, j'en ai besoin. Quelquefois, j'en ai assez, c'est humain, je le dis, mais dans le fond de moi, j'ai l'espoir."

"Quand je pense aux déviations sexuelles qu'on avait ici, avant la mixité !... On vit bien plus normalement."

"Moi, quand je quitte le service à 21 heures, je me dis :

.../...

"aujourd'hui, j'ai bien travaillé".

Quand on écoute l'infirmière critiquer le passé et parler de sa pratique actuelle, on arrive à délimiter un certain champ d'activités où elle adhère profondément à sa fonction soignante.

I. DANS "CERTAINS SOINS" PAR RAPPORT A "CERTAINS MALADES"

- Soins matériels, de simple subsistance, donnés à l'ensemble des malades : repas - lits - toilette - alimentation - habillage - médicaments.

- Soins très proches au malade déficitaire depuis le vieillard très détérioré jusqu'au débile profond, dans une relation maternelle de type anaclitique.

"Quand on voit la prise en charge qu'on a face à nos oligophrènes ! et que le médecin décide de le placer tout à coup là où ailleurs ! on se dit "mais, qu'est ce qui va se passer ?" Ça crée une véritable inquiétude pour soi-même qui les connaissons vraiment."

- Soins pouvant s'inscrire dans un certain schéma thérapeutique, face à une pathologie de souffrance évidente :

"Les gens dépressifs, ceux qui délirent, ceux là on les soigne, on voit un résultat rapidement."

"Il y a des gens qui ont besoin, pour qui tu as envie de faire quelque chose. Je pense à C.B., on va lui faire une cure d'Insuline : on a envie de faire quelque chose quand on sent qu'elle est mal."

"On accepte M.A., schizophrène délirante."

.../...

II. DANS UNE CERTAINE APPROCHE DU MALADE

Elles sont là, dans le service, auprès des malades, pendant huit heures, et sont conscientes de l'importance de leur fonction de présence :

"Je pense qu'aller vers eux, leur demander quelque chose, leur refuser ou accepter... on est là, on existe... et ils sont des êtres humains en face."

"On veut manger avec les malades, on pourrait se retirer, mais on ne veut pas. C'est là qu'il y a des relations qui passent. C'est important. On est là, au milieu d'eux, parmi eux... On est comme les autres. C'est le meilleur moment avec eux... C'est l'échange vraiment."

Cette présence est empreinte d'une certaine qualité qui permet "la reconnaissance de l'Autre", favorise "l'approche sympathique."

"Monsieur V., quand il était dans un autre service, c'était la terreur. Ici, ce n'est plus le même. On l'a amélioré dans un sens. On doit lui passer un peu de chaleur humaine. Il en a besoin."

Et dans ce contexte de promiscuité permanente, elles sont parfois amenées à avoir un rôle de protection.

"Mademoiselle Ch. est une malade perverse, méchante, vraiment, elle fait du mal, il faut s'en rendre compte. Il ne faut pas la laisser venir voir Mademoiselle C. Elle est en train de défaire autour d'elle, de démolir, comme elle se démolit elle."

Il faut donc savoir être attentif, être "à l'écoute".

"Il faut à chaque fois, être attentif,... de toute façon, si on n'est plus attentif..."

.../...

"Quand M. nous reparle de D. on sait qu'elle n'est pas bien, qu'elle va rechuter."

"Elle se promène tout l'après-midi, avec une bouillote dans les bras. Elle dit "c'est mon mari, c'est la chaleur". Enfin, en ce moment, ça ne va pas, ce serait le moment, le matin, d'être là, de lui apporter tout ça justement."

Tout cela n'est possible qu'au sein d'une relation particulière avec le malade."

"Si le malade n'a pas de relation personnalisée, il peut donc aller et venir, s'accrocher nulle part, rester errant dans sa pathologie. Si une infirmière en prend "le souci privilégié", elle le verra peut-être mieux. Le moindre petit changement sera peut-être saisi."

III. C'est ainsi que peu à peu LA FONCTION SOIGNANTE PREND UN VÉRITABLE "INDICE PSYCHOTHERAPIQUE"

Elles savent qu'elles sont des objets d'identification pour le malade et connaissent le poids du transfert d'un malade psychotique.

"Moi, je suis pour elle, tantôt une bonne mère, tantôt une mauvaise mère. Elle veut être en moi, alors elle ne supporte pas que j'écrive au bureau, elle ne supporte pas que je fasse quelque chose. Elle est tout ou rien. Quand elle peut le dire, ça l'arrange. Quand elle ne le dit pas... On est dans un état, toutes les deux !... Je suis obligée d'aller dire aux autres : "venez, prenez-la en charge, moi, je ne peux plus." C'est ça notre problème. Quand elle peut me parler, verbaliser, elle reprend ses distances normales. Sinon, ça se manifeste par de la violence. Elle peut me frapper, elle peut... Elle est là."

.../...

Dans certains cas, elles font même preuve d'un certain contrôle des attitudes contre-transférentielles :

"On parlait de sympathie tout à l'heure, d'affinité physique même, de contact. On ne peut pas l'avoir avec tout le monde. Il y a des gens qu'on aime, d'autres qu'on n'aime pas... C'est un peu gros, mais... On va spontanément vers certaines personnes, et d'autres ?... On se rend compte qu'on n'a pas vu un malade de la matinée. Pourquoi ? J'ai vécu ça, avec Mademoiselle S. D. : à ses premières hospitalisations, je ne pouvais pas aller au devant d'elle, j'avais un blocage, je ne pouvais pas lui dire les trucs indispensables de la journée, jusqu'au jour où je me suis demandée ce qui se passait. Je me suis assise à côté d'elle et j'ai discuté pendant une heure. J'étais bien. J'avais l'impression d'avoir passé le cap et maintenant ça va bien. J'ai mis longtemps. Je ne sais pas ce qui me gênait en S. Peut-être son ambivalence, peut-être... Maintenant je peux aller vers elle..."

Leur fonction devient donc, à l'occasion, une fonction d'aide au moi psychotique : prendre le malade au niveau où il est, remplacer la carence... C'est dans ce contexte qu'on voit apparaître des fantasmes de "réparation du ventre de la mère" :

"Monsieur C. n'a jamais rien eu, ni père, ni mère, ni amour, ni nourriture... Il n'a pas été élevé. Il faudrait le combler de tout ce dont il manque... le remplir... Il faudrait une prise en charge totale."

et apparition simultanée de fantasmes de "dévoration".

"Il faudrait l'éduquer, mais il n'est pas le seul dans ce cas. C'est certainement faisable, mais... on en crèvera, peut-être ?

"Pour une infirmière seule, ce serait lourd. C'est un peu comme si elle était donnée en pâture à Monsieur C., attention !"

Il faut donc être attentif, suivre les évolutions du moi psychotique,

.../...

savoir parfois s'y substituer,

"Quand on voit qu'elle devient mélancolique, les questions de choix ne se posent même plus."

Mais savoir, aussi, en temps voulu reprendre une certaine distance.

"Quand ils peuvent assumer leurs relations, ça nous pose moins de problème. C'est quand ils ne peuvent pas les assumer. Par exemple, quand D. a envie d'aller vers un homme, et qu'en même temps, elle délire, on la protège. Quand M. a eu cette relation avec Monsieur J. où elle s'épanouissait, on se sentait libre; elle pouvait l'assumer."

De la même façon, elle participent à une sollicitation permanente du "moi" du malade, en essayant de le faire participer au processus de soin, aux décisions qui le concernent, et en le mettant aussi en face de ses propres responsabilités.

"Madame S.P. est de plus en plus mal ces jours-ci. Je pensais qu'on pourrait la voir ensemble, parler de son comportement avec elle, et décider un traitement avec elle. Voilà,... Ce serait bien différent que de lui prescrire un comprimé d'Anafranil de plus."

Dans ce réseau d'échange avec le malade, les médicaments, l'argent, sont perçus comme ayant un sens :

- Parfois utilisés comme moyen de répression :

"C'est comme Monsieur V., quand il a été si agressif, on l'a piqué pendant trois jours, ça lui a fait du bien, il a changé, il a compris."

"Certaines infirmières voulaient que je baisse le pécule de Madame R. parce qu'elle ne se lavait pas !"

.../...

Et à propos d'un malade, Monsieur J.P., en cure d'Insuline, (chocs humides) et qui vient d'avoir, dans le service, des rapports sexuels avec Mademoiselle C., schizophrène également hospitalisée :

"Pour certaines infirmières, il fallait sanctionner, ne plus faire de cure. J'ai essayé de leur expliquer..."

- Parfois reconnus comme moyen d'expression du malade.

"Mademoiselle J.B., depuis qu'on lui a refusé la lettre de Monsieur A., alors qu'elle est consciente de l'avoir reçue, elle ne prend plus ses médicaments."

- Ou même, comme reconnaissance d'une certaine autonomie de "l'autre " :

"une malade m'a dit , à propos du pécule : "je ne veux pas de cet argent", qu'elle avait mérité pourtant. Je crois que c'est pour vivre sa liberté, pour se sentir être quelqu'un d'autonome. Elle a besoin de ça, de temps en temps pour savoir qu'elle existe encore, avec des décisions."

- Ils peuvent également être refusés, en tant qu'alibi du malade qui fuit la responsabilité de ses actes et ceci au cours d'une véritable technique frustrante.

"Au pavillon D., Mademoiselle Ch. a fait des tas de choses. Elle a fait boire M., elle a pris de l'argent, et elle disait à la veilleuse de nuit : "j'étais très mal, il me manquait mon Modécate, c'est pour ça que j'ai volé" et la veilleuse qui la connaissait bien lui a répondu : "allez, allez, raconte pas... Tu étais très bien, tu es venue sonner chez moi. Tu vas te coucher comme ça. C'est pas une piqure qui va effacer ce que tu fais. Elle est partie se cou-

.../...

cher, et elle a dormi."

17. L'infirmière n'est pas seule dans sa relation avec le malade.

SES SOINS S'ORGANISENT AU SEIN D'UNE INSTITUTION et dans ce service
particulier DANS LE CADRE D'UNE CERTAINE "THERAPIE INSTITUTIONNELLE"

1. La hiérarchie du personnel soignant est une réalité, comme dans tout service hospitalier, mais on la perçoit à travers l'expression des groupes, moins pesante ici qu'ailleurs.

"Avant, à l'hôpital, c'était plus structuré, il y avait toute une hiérarchie, il y avait des surveillantes, il y avait très peu de possibilités de s'exprimer ou d'agir. Maintenant, tout le monde a le droit à la parole, on peut s'exprimer librement."

"Avant, on était vraiment étouffé ; avec l'arrivée du patron, on a senti cette évolution, c'est pour ça que je disais tout à l'heure que son arrivée ici a été formidable."

"Avec le médecin, on a une certaine relation, une certaine confiance réciproque et on peut travailler."

"On est toujours en train de taper à sa porte" (en parlant du médecin).

"J'ai lu un article sur V. S. T. (1) d'un infirmier qui considérait toujours le surveillant comme à la mode de je ne sais pas quand ! Puissant avec les médecins... et s'il ne passait pas la serpillère comme le surveillant le voulait, il était mal noté. Ca n'existe plus ça."

"Récemment, à un congrès, j'ai rencontré quatre infirmiers de l'hôpital de P. ; je leur ai demandé si c'était intéressant. Ils m'ont dit : "On s'en fout, nous, c'est les surveillants qui nous ont envoyé, ça nous fait toujours une journée de récupérée." Ils n'ont pas

(1) Vie Sociale et Traitement. (revue du personnel des établissements de soins pour malades mentaux).

.../...

choisi. Dans certains hôpitaux, c'est encore comme ça."

"Je vis en dehors de mes collègues, les surveillants des autres services, pour eux, je suis marginale, un peu folle. Je vis avec l'équipe, dans mon monde à moi. On est tous ensemble."

Il existe donc ici, entre les différents membres de l'équipe soignante, depuis le médecin jusqu'à l'infirmière en passant par la surveillante, une certaine possibilité d'expression, d'initiative, d'émergence de la parole, de communication.

2. Les canaux de communication : leur mise en place s'est avérée nécessaire pour restreindre, sinon abolir les clivages qui, dans l'institution, sont trop souvent responsables d'interprétations et d'agressivité inter-personnelle ou inter-équipe ; en effet, en l'absence de réunion ou de contact, les conflits latents ou évidents ne peuvent jamais être analysés ni même abordés et il s'établit parfois un véritable système relationnel de type paranoïaque, qui fait en permanence d'autrui : "le mauvais". La "circulation" est donc assurée dans le service par :

- Le cahier de transmission ; doté d'une importance variable par les différentes équipes, il permet cependant à chacun de connaître les principaux événements du service et l'évolution des malades. Il est également utilisé pour se faire entendre par l'interne, le médecin.

"J'ai écrit tout ce qui s'est passé avec S. l'autre jour. C'était vraiment un point important."

"On ne vous laisse pas seuls, les médecins, on vous écrit tout, on vous prépare tout pour le matin."

- Les réunions d'équipe :

* entre équipe du matin et équipe de l'après-midi; elles ont lieu une fois par semaine dans chaque unité de soins.

.../...

"Il y a un gros problème avec J.P. Il faut qu'on en parle sérieusement vendredi entre l'équipe du matin et l'équipe de l'après-midi, parce qu'une cure d'Insuline, on ne peut pas la faire comme ça."

* pas de réunions avec l'équipe de nuit mais roulement institué des infirmières qui "passent de nuit" à tour de rôle, ce qui évite la coupure totale avec les veilleurs.

- Les contacts inter-personnels :

* Ils se font au moment de la relève.

"A la relève on parle des problèmes. Le matin, elles n'ont pas la même façon de faire que nous, mais verbalement, elles en parlent."

* Ils se font également à l'occasion du repas, au restaurant du personnel.

"On se retrouve à midi, on est tout un groupe, ça nous permet de discuter du secteur, des placements familiaux avec Madame M. On mange toutes ensemble."

* Enfin, la surveillante, qui travaille à la journée navigue entre les différents services et les deux équipes du matin et de l'après-midi.

"Moi, je mange au restaurant du personnel à midi, je prends le thé avec l'équipe du matin et passe après la relève voir l'équipe de l'après-midi."

.../...

V. C'est à ce cadre de "THERAPIE INSTITUTIONNELLE" que nous pensons devoir rattacher ce GROUPE MEME DE REFLEXION.

En dehors de sa fonction initiale de réflexion, de recherche en commun, le groupe prend, à certains moments, une véritable fonction thérapeutique et de formation, "le fonctionnement du leader se situant à mi-chemin entre celui d'un analyste et celui d'un enseignant." En effet, on s'y interroge sur soi, les autres, l'avenir ; on rétablit les circuits de communication ; on parle de cas précis de malades autour desquels se fait tout un travail d'approche, d'information, de compréhension, d'analyse, permettant de retrouver une signification au comportement du malade là où il n'y en avait plus, et de redonner parfois, au milieu du désespoir thérapeutique, un nouveau sens aux soins, à la pratique quotidienne de l'infirmière. (1)

Cependant, il existe un malaise à l'Hôpital Psychiatrique en 1974, c'est indiscutable, et on le retrouve en toile de fond dans le contenu de chacune de nos réunions, exprimé avec plus ou moins de clarté.

(1) cf Annexe :

Premier groupe, deuxième réunion : voir cas de Monsieur C.F., malade devant lequel, au départ, on se déclare "impuissant" et pour qui, peu à peu, va s'amorcer un programme de soins.

Premier groupe, troisième réunion : comment la rechute, responsable d'un véritable désespoir thérapeutique est finalement comprise comme une "répétition" utilisable comme tout transfert dans la dynamique des soins.

Deuxième groupe, huitième réunion : voir cas de J.P. devenu le nœud d'un conflit qui divise le service.

.../...

CHAPITRE II

LE MALAISE

CHAPITRE II

LE MALAISE

"Il y a des jours où on se dit "mais qu'est ce qu'on fait là ? Qu'est ce que ça veut dire"."

"Moi parfois, j'ai l'impression de n'avoir rien fait de la matinée."

"Moi parfois, je conteste mon salaire, je me dis que j'escroque."

"A l'extérieur, les gens disent qu'on ne fait rien et qu'on est bien payé."

"Il y en a qui nous plaignent, qui nous disent : "mais comment vous faites avec toutes ces sortes de gens ? Est ce qu'il y a des fous furieux ?"

"C'est peut-être tous ces hommes... cette mixité..."

"Autrefois, on avait l'impression de faire quelque chose. Les malades étaient différents. Il n'y avait pas un mélange comme maintenant... On faisait des soins."

"Les soins, on y croyait tellement que c'était fait différemment. On doute maintenant, et ça fait une perte d'énergie."

" Autrefois, j'étais sûre de ce que je leur donnais."

"Il faut qu'on nous remette dans le bain, il faut qu'on nous explique... qu'on nous parle de cette cure d'Insuline, pour qu'on y croit à nouveau."

"On croit aux médicaments, d'autres n'y croient pas."

"Psychothérapie... ces fameux mots qui font si peur."

.../...

"Moi, je me dirais autre chose qu'infirmière, peut-être que je serais satisfaite de ce que je fais."

"On est déboussolé"

"Il y a quelque chose qui s'est désintégré."

"Moi, je cherche toujours à rassembler tous les malades... On dirait qu'on s'est tous perdus."

"Tu ressens ça avec le malade, d'autres ressentent l'opposé. Alors comment arriver à se réunir ?"

"Psychiatrie, antipsychiatrie, on croit à la psychiatrie ou on n'y croit pas."

"Une dit : "c'est un cas social", l'autre dit : "c'est héréditaire ou congénital", je caricature mais c'est ça. On dit : "c'est le système". C'est vrai qu'il y a un peu de tout, mais on ne définit plus, on reste en suspens."

"Certains pensent que J.P. est un faux malade."

"On accepte M., schizophrène délirante, tandis que C. on taxera ses difficultés de paresse, ou de tout autre chose, ... de profit même, à la rigueur."

"Je n'ai pas de relation avec C.F. comme s'il était malade. Je lui parle comme à un garçon de son âge. C'est vraiment la remise en question du soin."

"La famille est comme ça, vous ne changez pas la famille... La société est comme ça, vous ne changez pas la société... Il y a donc... qu'est ce que vous voulez faire ?"

"Nous sommes fatiguées... fatiguées... une grosse fatigue générale... C'est moral, c'est physique... Je ne sais pas."

"Je regrette avant, c'est bête de dire ça... Le travail qu'on faisait... C'était plus concret ; maintenant, j'ai l'impression de ne pas travailler."

"Autrefois, le malade était considéré..."

.../...

"Être infirmière, moi, je me souviens quand je suis entrée ici de ce qu'on faisait : il y avait une thérapeutique, on faisait des piqûres... C'est notre rôle de faire des piqûres... donner des soins. On faisait des cures... beaucoup de choses. Dix ans en arrière, c'était ça. On était satisfait de ça. Puis il y a eu une autre formation, il y a eu autre chose."

"La prise en charge du malade a changé. Il entre, bon, c'est fini.. Avant, il y a dix ans, j'avais l'impression qu'on faisait du bon travail, enfin, c'était plus concret. Maintenant, c'est du vent. Il s'est passé quelque chose. Je ne sais pas quoi. C'est une réaction."

Nous allons essayer alors, de cerner l'origine de ce malaise en faisant l'analyse des changements qui ont été introduits dans la pratique des soins depuis quelques années, et ceci à travers l'évolution de la psychiatrie.

.../...

CHAPITRE III

LA SECTORISATION

LA MUTATION DU MONDE ACTUEL :

VAGUE DE "LIBERALISME", MOUVEMENT D'ANTIPSYCHIATRIE

LEUR INCIDENCE SUR LA PRATIQUE DES SOINS INFIRMIERS

CHAPITRE III

LA SECTORISATION

LA MUTATION DU MONDE ACTUEL :

VAGUE DE "LIBERALISME", MOUVEMENT D'ANTIPSYCHIATRIE LEUR INCIDENCE SUR LA PRATIQUE DES SOINS INFIRMIERS

I. LA SECTORISATION

Elle est effective dans le service du Docteur MILLON, et sous ses formes actuelles depuis novembre 1969. (1)

Une de ses premières conséquences est la "sortie" de l'infirmière, hors des murs de l'hôpital, ce qui enrichit sa pratique de données nouvelles.

1. Perception plus "globale" du malade

a) appréhension de son milieu socio-familial

"Cette famille est là, elle ne nous satisfait pas, ce qu'elle nous apporte encore, ça crée des problèmes."

"Avant, on ne se posait pas de questions sur la famille, maintenant c'est un partage, cette famille qu'on a envie de bouffer."

"Madame R., il faut voir ce qu'elle nous raconte"

(1) Le Docteur MILLON avait dès 1958 amorcé dans son service une politique de secteur. L'organisation différait totalement de celle qui a été mise sur pied en 1969.

cf sa communication au Congrès de Tours en juin 1959 sur "secteur "actif" et infirmière de Santé Mentale"

.../...

de J.P., elle nous le salit, c'est un sale objet, un sale type..."

Et on a l'impression parfois que celui qu'on soigne est celui qui a été désigné comme malade, mais qu'il faudrait aussi prendre "l'autre" en charge.

"C'est Madame R. qui est malade."

"Monsieur D. se plaignait de sa femme. Je ne comprenais pas. Elle n'est pas bien parfois, sa femme. Enfin, elle est comme elle est, et lui est comme il est."

On prend conscience aussi peu à peu de toute "l'aliénation sociale" qui rend plus difficile la perception de "l'aliénation psychotique" sous-jacente.

"Quand le malade sort d'ici, il va se retrouver dans la même ambiance. Alors rien n'a été fait de toute façon."

"La famille... On ne change pas la famille... La société... On ne change pas la société..."

b) Découverte du malade à l'extérieur :

"partie saine" - "partie malade"

Au hasard des interventions dans le secteur, elles découvrent un aspect du malade dont il les frustre toujours : sa "partie saine".

"Au foyer, on a Monsieur D. qui vient toujours se plaindre, nous dire qu'il a des rhumatismes, qu'il est malade, qu'il faut lui mettre des gouttes dans les yeux. Or l'autre soir, je devais aller chez Madame B., dans le quartier. Je me suis trompée d'adresse et je suis allée demander dans un café où on la connaissait. Et qui je vois dans un coin ? Monsieur D. en train de taper un carton avec d'autres gars. Vraiment très bien, très heureux, tu vois. Quand je suis partie... il m'avait vue, il m'a fait un clin d'œil en rigolant..."

.../...

un truc un peu complice quoi... "ne dis rien"..."

Et aussitôt les autres récriminent :

"Tu vois, il nous "blouse", avec son hypochondrie, on ne devrait pas accepter ses troubles."

Et à la limite, ce genre de découverte entraîne un véritable rejet du malade. (1)

La sectorisation, en dehors de cette possibilité d'échanges plus importants entre l'intérieur et l'extérieur, a été à l'origine de l'introduction dans cet ancien "service de femmes" de malades hommes.

2. La mixité

Elle existe dans le service depuis mars 1971 et les infirmières se trouvent depuis confrontées à de nouveaux problèmes :

a) la violence :

"Monsieur B. m'a dit un après-midi, "si tu ne me donnes pas une cigarette, je te tue..." il nous fait vivre des choses !"

"Les infirmières ont voulu lui dire de ne pas ennuyer Monsieur G., et bien il leur a coigné dessus."

"Moi, je l'ai vu descendre avec un couteau, c'est affreux !"

Cette violence est essentiellement le fait d'alcooliques, de repris de justice, agresseurs en puissance, dont elles acceptent difficilement

(1) On peut voir dans l'annexe : Premier groupe, troisième réunion : comment en fait ce problème est repris et analysé par le leader en vue de proposer une véritable "alliance thérapeutique" avec justement cette "partie saine."

.../...

la prise en charge.

"Certains pensent que "Monsieur B. devrait retourner en prison."

"La mixité, c'est bien, mais je pense qu'il devrait y avoir une mixité de soins psychiatriques dans chaque prison, de façon à ce qu'on ne ramène pas les détenus ici."

Et ceci d'autant plus, qu'elles, femmes, se sentent alors totalement impuissantes non seulement à assurer leur propre sécurité, mais également celle du malade qui est en face d'elles :

"Pour Monsieur B., on a fait appel aux infirmiers. L'infirmier, déjà par sa carrure, ça rassure aussi le malade.... parce que le malade, dans la mesure où il a le pouvoir, la force, et que personne ne peut arrêter ce qu'il fait... c'est angoissant... Il peut passer à l'acte, sans qu'on puisse rien."

Elles mettent ainsi en question leur fonction première de "protection du malade contre lui-même", et leur échec est vécu avec d'autant plus d'acuité que cette impuissance à soigner "leurs hommes" leur est renvoyée par les infirmiers avec agressivité.

"Ils ne veulent pas prendre Monsieur V. dans un autre service... Les infirmiers disent "si chez le Docteur MILLON, ils ont échoué... alors que c'est le service pilote !..." C'est tout le groupe d'infirmiers... l'opinion de l'hôpital."

"En échange de Monsieur B., les infirmiers nous ont envoyé un déhile profond... et une infirmière, quand elle a vu ce petit grabataire qui lui attrapait la jambe au passage m'a dit : "on aura toujours que ça... puisqu'on n'a pas pu faire autre chose."

.../...

b) La sexualité :

Elle remet aussi bien souvent leur rôle en question.

"Lui, il l'appelle "ma petite bibiche", il lui dit des mots gentils, il a trouvé une jeune fille avec qui il peut coucher. Qu'est ce qu'il faut faire ? Interdire ? De toute façon, on lui donne une permission, elle va le retrouver."

"J.P. a eu une relation sexuelle avec R., là, dans la chambre, mais enfin ! il le sait bien qu'on peut rentrer n'importe quand dans sa chambre ! Alors je me dis, c'est voulu, c'est conscient."

"Je suis quoi ? La maquereille, l'infirmière ? Je ne sais plus."

"Certains services me disent "vous êtes fous ! Vous avez marié vos malades."

"Il y a des malades qui arrivent et qui disent : "Je vois qu'il y a beaucoup de garçons, je vais me mettre à la pilule."

On voit apparaître ici, d'abord la problématique de l'interdication ou non de la sexualité, mais surtout dans ce milieu mixte, la difficulté de contrôle de ses propres affects :

"M. disait : "C'est un gros porc"... Mais enfin."

"Il paraît que c'est un vieux cochon... mais enfin... un cochon ? C'est un homme !"

avec donc, parfois, expression d'un véritable dégoût de la sexualité.

De même, dans la relation contre-transférentielle on accepte d'être l'objet d'une identification maternelle : ça fait partie du rôle. (1)

(1) "Du point de vue des malades, le ou les médecins représentent le père... le personnel infirmier est au contraire vu sous le jour de la mère. C'est la mère, non le père, qui reste au chevet de l'enfant malade, c'est la mère qui apporte à manger, qui donne les soins de toilette, qui fait boire la potion,..." Extrait de : La réunion d'équipe, conscience du pavillon et moyen psychothérapique, par les Docteurs P. BALVET, D. ROTHBERG et C. BANGE. Inform. Psych., juil. 1961, 7, p. 382.

"Monsieur G. Il se montre si gentil ! Il a une expression sur son visage ! Il est tellement malheureux !... Il se fait tout petit !"

"Tout ce qu'il peut nous soutirer au point de vue cigarettes et argent, c'est affreux... Mais on n'est jamais intervenu parce que... Je ne saurais comment expliquer... Il est si gentil."

"Monsieur L. est naïf, spontané, puéril... Il fait des bêtises sans arrêt, mais ça passe."

Par contre, il est beaucoup plus difficile, en tant que femme, de contrôler, face à l'indifférence d'un malade-homme, sa propre agressivité sous-tendue par un désir plus ou moins conscient d'identification à un objet d'amour.

"J.P. c'est un truand... Ce n'est pas un malade."

"Madame R. vient voir J.P. tous les après-midi, elle nous gêne beaucoup."

"Quand vous avez dit qu'on allait faire des chocs humides à J.P., une infirmière avait marqué sur le cahier "on commence les chocs humides, visites de Madame R. interdites" Personne n'en avait parlé." "Ce s... il sait se faire aimer. Il a quelque chose. Il est intelligent. Mais qu'est ce qu'on peut faire pour lui ? Changer sa structure ? Moi je le laisserai comme il est."

"C'est un homme J.P." - "Tu attends beaucoup de lui" - "En tant que femme... Je sais."

3. La sectorisation, enfin, a introduit, avec la création d'une nouvelle équipe d'infirmières un clivage à l'intérieur du service

La majorité des infirmières ne participe pas encore aux activités de secteur. Elles s'y introduisent peu à peu, à leur rythme.

.../...

a) vécu par rapport aux infirmières de secteur :

Les infirmières de secteur ont un rôle privilégié * auprès du malade puisqu'en principe elles le suivent à l'extérieur de l'hôpital, donc pendant ses périodes de stabilisation, alors que l'infirmière intra-hospitalière le récupère uniquement quand son état s'aggrave.

"Quand ils viennent à l'hôpital, c'est la période où ils sont le plus malades."

"A l'hôpital la partie saine n'existe plus, le malade ne présente que sa partie malade."

"Les rechutes... C'est à l'hôpital qu'on les voit. C'est terrible."

* auprès du médecin également, dont on les vit fantasmatiquement, très proches. Et on dit d'elles comme de lui :

"C'est nous qui vivons huit heures avec les malades. Ce n'est pas elles... Elles ne se rendent pas compte."

"Toi à l'extérieur, quand il faut prendre des décisions, tu en prends l'initiative toute seule."

"Dans le secteur, tu as la possibilité de voir un seul malade à la fois... d'avoir un entretien privilégié avec lui."

b) Ambivalence par rapport au secteur :

On envie les infirmières de secteur, leur rôle, mais en même temps on invoque de multiples raisons pour ne pas sortir de l'hôpital : l'effectif, la multiplicité des tâches à l'intérieur du pavillon.

"L'autre jour, je suis allée au foyer (dans le secteur) il n'y avait que trois malades, alors je me sentais faux-frère

.../...

avec ici. On était deux infirmières pour trois malades, alors que j' avais laissé au pavillon deux infirmières seulement pour vingt malades... avec des tas de choses à faire..."

"À partir du 20, je vais tourner seule ? Est-ce que c'est normal ? Madame R est de nuit, l'autre dans le secteur."

"De 13 heures à 21 heures, ça défile... La pharmacie, la lingerie, le repas, le cahier de transmission à faire... On est bien occupé, on vit intensément."

"Le jour où on va me dire qu'il faut aller au foyer (1)... Je vais être mal par rapport à l'équipe."

Il y a au travers de ces affirmations, une véritable culpabilisation des infirmières de secteur, qui finalement, elles, sortent sans se soucier, semble-t-il, de l'équipe intra-hospitalière.

"Quand une infirmière est détachée, elle ne voit pas les choses de la même façon."

C'est ainsi qu'on voit naître, à partir de ce clivage, un véritable système de projection paranoïaque, avec agressivité contre l'infirmière de secteur, et même parfois rejet.

"Madame R., avant, elle aidait au ménage ici... Maintenant, elle va au foyer(1)... Elle n'est plus motivée pour le service... Elle est très mal à l'aise maintenant ici... Elle ne sait pas où se situer."

II. VAGUE DE "LIBERALISME" ET MOUVEMENT D'ANTIPSYCHIATRIE

Nés au cours de profonds remaniements idéologiques, ils ont envahi peu à peu le monde actuel, et trouvent au sein de la psychiatrie un terrain d'expression inéluctable, l'image même du "fou" étant remodelée constamment par les forces économiques et sociales d'une époque donnée. Ils participent de ce fait au malaise des infirmières, en re-

(1) Foyer : une structure du secteur.

.../...

mettant en cause non seulement l'échelle des valeurs inhérentes au soin, mais l'existence même de la "fonction"soignante.

1. Le contexte social

Les infirmières en dressent un tableau rapide, mais très réaliste rappelant non seulement l'intolérance de la société vis à vis du malade mental, mais évoquant également les problèmes angoissants de la vie quotidienne actuelle, qu'on retrouve à chaque étape de la vie de l'homme : l'enfance et les problèmes de la scolarité - l'adulte et les problèmes d'emploi - le vieillard et les problèmes de solitude.

"La société était plus tolérante autrefois..."

"La scolarisation, c'est effrayant. Il faut que les gosses correspondent à des normes de plus en plus strictes, sinon, ils sont rejetés."

"Je ne sais pas pourquoi, la banlieue de F. par exemple, il y a tant d'enfants en classe de transition... Ils sont aussi intelligents qu'ailleurs !"

"Avant, au point de vue scolaire, on n'avait pas de classes spécialisées. Je me souviens d'un jeune, à côté de chez moi, un débile profond, il ne parlait pas, il se souillait, mais on l'emmenait à l'école avec nous ; il y était supporté. Quand il se souillait, la maîtresse nous envoyait le ramener à sa mère pour qu'elle le change, et on le ramenait en classe. Ca c'est fait pendant toute une scolarité."

"On peut dire que c'est la société, on peut dire que c'est la vie, que c'est une forme de société plutôt parce que dans une autre forme de société, ce serait pareil."

"Le malade une fois qu'il est fou, il n'a plus aucune possibilité de sortir de cette condition, il doit être fou le restant de sa vie."

.../...

"Quand tu cherches du travail, tu vas trouver ce que tu peux, et non pas ce que tu veux, il faut que tu correspondes à l'économie du pays."

"Qu'est-ce qu'on nous demande finalement en psychiatrie ? De mettre les gens dans la norme, dans le circuit. La sécurité sociale demande qu'ils retravaillent."

"Dans le village, on a eu un idiot, il fallait voir, il se promenait nu. Jamais le village n'a porté plainte. Il était toléré, il était là, il avait sa place."

"Les gens, à l'extérieur, sont encore moins tolérants que nous. Dès que quelqu'un fait un peu de pétard, dans le quartier, ils nous l'amènent ici."

"C'est inadmissible que chaque famille ne puisse pas assumer son vieillard."

"Avant le vieillard était à la maison, il avait sa place... Il ne se sentait pas inutile."

"Le sens de la famille existait vraiment."

"Les vieux ont perdu leur rôle... Ils sont seuls. Je crois que les coutures d'esquimaux, finalement..."

"Dans mon village, il y a un garçon... un peu particulier. Il est très accepté par le groupe : un foyer de jeunes qui font des tas de choses ensemble. Ce garçon doit être malade... Mais je suis persuadée qu'il est soigné par le groupe."

"Du moment qu'il y a des spécialistes, les gens ne savent plus faire, ils ne savent plus s'aider les uns les autres."

"L'actuellement, on cerne les individus de tous côtés, on veut les mettre sur des espèces de rails de normalité et ça angosse."

"Il faudrait qu'on ait une baguette magique et que tous les gens sortent parfaits dans la société."

.../...

2. L'image du malade

Elle ressemble en de nombreux points à celle de la jeunesse issue des évènements de Mai 1968.

a) L'irrespect - la paresse - la saleté :

"Ils ont un irrespect de l'équipe ! et ne serait-ce que du matériel. Je trouve que c'est épouvantable. Tout leur est dû... même de casser du matériel, c'est affreux."

"Il faut leur donner, leur donner, sans arrêt, ils réclament un pyjama, un rasoir électrique... Ils réclament !..."

"On taxera ses difficultés de paresse, ou autre chose."

"A la vaisselle, ils mettent un fainéant et un dégourdi."

"Tandis, j'ai vu des choses épouvantables dans les chambres... de la saleté, des horreurs, ça n'a jamais été aussi sale. C'est tout cassé, dans les chambres, aussi bien hommes que femmes, c'est une horreur."

b) La contestation du travail :

Il est difficile de faire travailler les malades à l'hôpital, difficile aussi d'organiser leur sortie en fonction d'un travail donné.

"Je lui ai dit qu'il faudrait peut-être travailler pour mériter un peu des cigarettes, parce qu'il ne fait jamais rien. Il m'a répondu que ce n'était pas la peine de travailler, que, quand il sortirait de toute façon, il valait mieux braquer une banque."

"Monsieur B. m'a confié l'autre jour "moi,

.../...

je dis que je veux travailler, mais en fait je n'en ai pas du tout envie. Je touche un peu d'argent, en ne faisant rien ici, je pense que je peux rester là, je suis bien."

c) la multiplication d'actes pseudo-délinquants :

On en fait le constat, au sein même de l'hôpital :

"Ils volent au super-marché."

"Ils nous manipulent, ce sont de petits truands."

"L'autre jour, ils étaient ivres-morts... et on se rend compte de ce qu'ils font tous les deux... C'est très sournois... Par exemple quand ils ont frappé le petit débile, l'autre jour."

"Il est bien ici..., on lui lave le linge, on lui donne des petits tranquillisants, des petits somnifères, sa femme vient, il couche avec nos petites schizophrènes, il sort dehors quand il veut, il rentre quand il veut, il passe ses nuits dehors, il vole."

"Je ne le vois pas comme un malade... Je le vois comme un truand."

"Il faudrait créer pour eux des maisons de délinquants."

d) La contestation du savoir et du pouvoir des infirmières à travers la contestation du médicament, des permissions :

"C.F. ne nous accepte pas. Il refuse notre approche. Il ne nous croit pas : "vous êtes là pour m'enfoncer". C'est un malade difficile."

"Il refuse même la relation "étudiée" avec une infirmière."

"Les médicaments, n'en parlons pas, ils les prend, ou il ne les prend pas. Il se fait son traitement à lui."

.../...

"Les malades savent qu'ils ont le pouvoir de refuser le médicament, de dire non, d'une façon ou d'une autre : un non catégorique ou en dissimulant."

"Monsieur G., quand il sera "autrement", on aura beau l'avoir mis en pension d'invalidité, on ne pourra pas l'empêcher de travailler. C'est toujours là notre problématique : à savoir jusqu'à quel point on peut imposer notre façon de voir sur ce plan."

"Qu'ils aient une permission ou non, ils sortent quand même."

Comment les infirmières réagissent-elles dans ce contexte donné ?

3. Remise en question de la pratique de soins :

a) Rôle vécu comme répressif :

"Quand on fait l'inventaire à l'entrée du malade... qu'on prend ses papiers... C'est son identité qu'on enlève. On lui met l'étiquette "malade mental".

"Ce qui me bouleverse, c'est de fermer les fenêtres et les portes de la terrasse. C'est contre nature de fermer. Et si je ne ferme pas, je suis une mauvaise infirmière, car il y a toujours la crainte du malade mental qui veut se détruire."

"On les infantilise... On les diminue... On les tue..."

"Qu'est-ce qu'elle attend ?... Qu'on la pique de force...?"

Ainsi, face aux malades qui les contestent de façon quasi-permanente, les infirmières vivent de plus en plus leur rôle comme répressif, et en viennent, elles mêmes, à contester les soins qu'elles donnent.

.../...

b) contestation des soins :

"C'est comme forcer quelqu'un à prendre un bain... J'ai du mal... Je ne peux pas dire à quelqu'un "vous êtes sale, il faut que je vous lave" c'est grave."

"Le travail à l'hôpital, pour certains malades, c'est thérapeutique... mais certaines infirmières pensent qu'on les exploite avec le pécule."

"On parlait de J.P. tout à l'heure, pourquoi on lui fait cette cure d'Insuline ? Qu'est-ce qu'on attend ? On n'y croit plus. Il faut qu'on en parle sérieusement."

"Alors, à la limite, une malade déprimée, si on lui donne de l'Anafranil on lui fauche sa dépression... et celle qui délire ?"

"Elle retrouve Monsieur A. dehors... mais si c'est pour qu'elle se prostitue ?"

"Et si elle consent ? Si elle accepte ? Qu'est-ce que tu dis ?... Si elle veut, moi, je veux."

"Est-ce qu'on doit laisser faire, ou non ? C'est la question que je me pose à longueur de journée."

Certains réagissent dans ce contexte :

"Moi je suis pour un peu de discipline parce que je ressens ça... Si on n'a pas de discipline, d'autorité... On devient des bêtes."

"Le libéralisme, moi je suis dépassée par ça. Il faut que quelque chose me retienne. Ça me rassure, ça me sécurise."

D'autres, au contraire restent profondément marquées :

"Je me dis qu'il a raison d'être un truand, je ferais comme lui, dans sa situation, à la limite."

.../...

Et, dans le courant du mouvement anti-psychiatrique on assiste à une remise en question de la "fonction" soignante.

c) contestation de la "fonction" soignante :

"Elle est là, mais est-elle malade ? Pour ce qu'elle y fait, pour ce qu'elle y vit, elle pourrait être ailleurs.

"Certaines font leur métier affectivement, mais non psychiatriquement : elles veulent être gentilles, trouver les moyens, à part la maladie, pour que les malades soient bien... Mais toujours, à part la maladie... Il faut enlever la maladie."

"La maladie n'existe pas. Il n'y a que des cas sociaux."

"Le malade est en fait quelqu'un de normal, qui n'est pas compris par sa famille, par le quartier, à l'usine."

"La maladie mentale n'existe pas, c'est la société qui la fabrique."

A travers les remous provoqués par ces différents phénomènes, on essaye de déterminer les responsabilités de chacun et notamment celles du médecin.

d) Abandon du médecin :

Il est vécu par les infirmières même du service :

"A votre arrivée, il y a vingt ans, c'était autre chose... On a fait des soins... on a fait des cures. On était satisfait de ça."

"Ca fait des mois qu'on demande une cure pour J.P... Les médecins ont mis longtemps à se décider..."

"Il faudrait des infirmières neuves, des patrons neufs..."

(En s'adressant au médecin) "Je ne sais plus

" .../..."

et je vis que vous en êtes là aussi."

"Avant, on prenait le malade en charge, maintenant au bout de deux jours le médecin le fait sortir... Les familles viennent nous disputer."

Mais il est également violemment mis en cause par l'ensemble du personnel soignant infirmier, comme le montre "la lettre ouverte aux médecins chefs " adressée dans tous les services le 11.02.1974 et dont le texte suit :

C

G HP

T

LETTRE OUVERTE AUX
MEDECINS CHEFS

- Devant la recrudescence éhontée des faits de toute nature qui se développent à l'intérieur de l'hôpital, vous, Médecins-Chefs de service à l'H.P., vous vous complaisez dans ces situations issues de vos diverses orientations (qu'elles soient le fait de Médecins connus pour leurs positions réactionnaires, aussi bien que de ceux qui affirment des positions pseudo-révolutionnaires) sans souci aucun de la sécurité des malades qui vous sont confiés, et des personnels de vos services.

- Allez-vous encore longtemps favoriser les week-ends de débauche alcoolique, à la suite desquels, malades et Infirmières sont obligés de chercher refuge dans les salles de pharmacie pour échapper aux violences ? - La signature des permissions ne sert à rien -.

- Allez-vous continuer à fermer les yeux sur les actes de prostitution si flagrants qui ont conduit les habitants de St-Egrève à élever une protestation publique ?

- Allez-vous attendre que des actes de nature grave frappent plus violemment encore soignés-soignants dépendants de vos responsabilités, pour enfin réagir ?

- Il vous appartient de rétablir dès maintenant une situation par trop décadente.

- Le Syndicat C.G.T. de l'H.P. , dans le souci du respect du malade et devant les conditions de travail faites au personnel, déterminera les actions à entreprendre (informations aux familles, à la population, aux organismes de tutelle... en fait, descendre le problème dans la rue).

A SAINT-EGREVE LE 11.02.74
LE CONSEIL SYNDICAL

Comment dans ce contexte, est perçu le devenir de l'hôpital ?

4. L'Avenir de l'institution :

Les infirmières se montrent en général très pessimistes.

"Il y a vraiment la misère... C'est épouvantable..."

"Il y a la gale..."

"Et la syphilis aussi..."

"Et ils viennent nous embrasser... Ils nous font des bises..."

Ce pessimisme est d'autant plus amer qu'il y a effectivement une "contagion" véritable à l'intérieur même de l'institution, qui semble avoir gagné déjà une partie du personnel soignant et plus particulièrement les jeunes infirmiers diplômés et les élèves infirmières.

"Les élèves ne savent pas se situer... Ils ne sont jamais à l'aise..."

"Sous prétexte que vous leur faites une remontrance, ils vous disent des choses... que je ne me serais jamais permis de dire..."

"Il y en a d'autres qui rentrent... On a l'impression qu'ils vont vous apprendre le métier..."

"Ils veulent tout... tout, ils sont... comme les malades..."

"Ils doivent partir une heure... Ils ne disent rien... Ils le font... comme les malades..."

"Ils font leur crise de nerf... Ils viennent dans mon bureau... comme les malades..."

"Je n'ai jamais vu une jeunesse aussi peu enthousiaste, on se fait ch..." ils disent comme les malades..."

"Quelquefois, je dis aux surveillantes, mais comment ça se fait que vous n'êtes pas nombreuses ? Elles me disent "celle-là on ne la compte pas... celle-là non plus... on ne peut pas compter sur elles..."

"Certaines, on les laisserait trois ou quatre jours seules,

.../...

elles ne prennent pas de souci. On n'aurait plus rien dans la pharmacie... Elles ont des qualités formidables mais pas d'organisation."

"Il n'y a aucune notion du temps et des relations avec le reste de l'hôpital...avec la pharmacie... c'est de la c... la lingerie, tout ça... C'est un déni de tout ça. "On s'en fout"... alors les draps ne sont pas portés... les baratins non plus. Il y a des choses dans la vie qu'il faut faire, comme dehors..."

"

"Dans notre service, je vois de jeunes infirmières diplômées qui sont déjà de vieilles femmes."

"Il y a déjà des jeunes infirmières qui sont tassées, aigries... qui font leur huit heures quoi !..."

"Les élèves viennent là pour se soigner en définitive."

Il faut remarquer, avant de clore ce chapitre, que l'infirmière voit peu à peu sa relation avec le malade s'orienter vers une relation duelle :

- d'une part du fait de la sectorisation qui l'amène à prendre, seule, une certaine "responsabilité" du malade,

- d'autre part dans la vague de contestation, de liberté d'expression individuelle, de perception d'un certain "manque" du médecin, le soin, la parole, donnés au malade deviennent plus personnalisés.

C'est dans ce contexte qu'on voit surgir le problème de la "relation psychothérapique".

.../...

III. AMBIVALENCE DEVANT "LA RELATION PSYCHOTHERAPIQUE"

1. Engagement d'une certaine relation avec le malade :

"Ce n'est pas les choses qu'on fait qui sont les plus compliquées... Quand on fait le ménage... Ce qui nous fait réfléchir c'est quand même nos relations avec les malades."

"C'est vrai que Monsieur G. ce n'est pas pareil que Mademoiselle A... Je n'interviens pas au niveau de Mademoiselle A... Je ne fais rien... Je lui dis bonjour... Je ne me suis pas engagée. Mademoiselle C. B., j'interviens, c'est bien plus... Je me suis engagée... Je crois que chaque infirmière devrait avoir une certaine responsabilité de certains malades."

"C'est un souci qu'on prend, on s'intéresse à comprendre plus particulièrement certains malades, parce qu'on sait que, tant pis pour les autres, on aura une relation plus banalisée, on répondra à certaines demandes, mais pour ceux-là, on pourra mieux chercher à comprendre, à faire avancer..."

"Il y a des fois où on parle à des gens en entretien... sans qu'on appelle ça comme ça, sans réaliser qu'on a... mais, enfin, on l'avait cette connaissance, on peut l'utiliser."

Elles ont donc, elles le disent, pour certaines du moins, une certaine relation privilégiée avec certains malades. Mais dès qu'on parle de "relation psychothérapique", on voit apparaître des mécanismes de défense.

2. La relation psychothérapique est réservée au médecin

a) C'est lui qui a le savoir

"Après l'entretien que j'ai eu avec Monsieur T., j'avais l'impression d'avoir besoin de quelqu'un qui sèche mieux. Je n'arrivais plus à me diriger... à maîtriser. J'avais l'impression que je manquais de savoir à ce moment-là, sur ce qu'il fallait dire..."

.../...

rien dire... prendre position... Je ne savais pas... et ça, j'ai l'impression que ça ne se pose pas pour le médecin."

"Tu as vu hier ? J'avais l'impression d'être manipulée."

"Il y a des connaissances que le médecin possède, que nous n'avons pas... donc il y a des éléments qui nous manquent"

"J'ai peur des dégats que je pourrais faire..."

b) le médecin a un statut privilégié :

"Moi, je parle sans vous envier, mais quand même, vous êtes privilégié. Vous pouvez prendre une heure un malade dans votre bureau. Nous, quand nous restons une heure avec un malade, il y en a d'autres qui nous appellent, qui viennent nous tirer."

"Le médecin a une richesse là... celle de pouvoir s'entretenir tranquillement avec le malade."

"C'est le métier, la connaissance qui donnent ce privilège au médecin."

c) Le médecin a un pouvoir, et un pouvoir "magique":

Le bureau du médecin est fantasmatiquement investi comme le lieu magique où s'exerce son pouvoir :

"Les médecins ne sont pas fait uniquement pour prescrire une chimiothérapie, parce que nous savons, nous aussi, bien souvent, qu'il faudrait tel ou tel médicament à telle malade. Mais si nous, nous n'arrivons pas à la restitution de Mademoiselle P. par exemple parce que ce n'est pas facile, je demanderai au médecin de la voir en entretien... Il peut faire autre chose."

"L'entretien, ça se passe aussi bien au pied du lit du malade ou sur l'escalier. Ça prend une autre signification d'emmener quelqu'un dans un endroit précis."

.../...

"Monsieur C. qui n'allait pas bien... après l'entretien avec vous, il était transformé."

3. Mécanismes de défense :

Outre ce manque de savoir et de pouvoir, les infirmières trouvent de nombreux arguments pour éviter d'entretenir avec le malade ce genre de relation.

a) le choix de l'infirmière : Il est impossible.

"Une bonne infirmière, c'est celle qui s'occupe de tous les malades."

"On n'a pas le temps d'avoir un entretien privilégié avec un malade. On a toujours des arrières pensées. Vous, le médecin, quand vous êtes avec quelqu'un, vous savez que, d'un autre côté, les infirmières s'occupent des autres malades. Vous êtes tranquille. Tandis que nous, si nous restons une heure avec un malade... finalement nous ne pouvons pas."

"Pour moi, les malades sont tous pareils. Il n'y a pas de question de choix."

"Il y a une demande de toutes parts et tous les malades sont heureux quand ils sont en groupe avec une infirmière. Et si on est seule avec un d'entre eux, on a l'impression qu'on frustré les autres."

b) Le choix du malade :

De toute façon, le malade préfère la relation avec le médecin.

"Monsieur F. ne veut même pas d'une relation étudiée avec une infirmière."

"Dans la relation avec le médecin, le malade est d'accord, mais avec nous, pas question."

.../...

Et dans sa relation avec l'infirmière, on ne lui laisse pas de possibilité de choix. Il faut décider d'une attitude commune vis à vis de lui, il faut se mettre d'accord, ensemble, face à lui, dans un véritable postulat fusionnel :

"Moi, je crois qu'il faut toutes s'entendre pour agir de la même façon avec Mademoiselle Ch. Quand elle voudra rentrer, on la mettra dehors. Même toi D. (1), parce que si elle vient te voir et que tu lui ouvres !... Il ne faut pas qu'ici on la renvoie et que toi, tu lui ouvres !"

"Il faudra qu'on discute avec l'autre équipe au sujet de J P. ... parce qu'on n'est pas toutes d'accord."

"Madame R. depuis le début, on l'a toutes remise en place à tour de rôle. Alors, maintenant, elle tâte le terrain, elle essaye de voir si elle retrouvera une infirmière qui va encore se laisser manipuler. Mais, on est toutes pareilles... alors..."

c) Les tâches ménagères :

"Quand on passe une heure avec quelqu'un, on a l'impression d'avoir rien fait. En réalité, on a travaillé, mais il y a ce besoin de se justifier... c'est courant. C'est vrai."

"Je ne veux pas parler du balais et de la serpillère, mais on a l'impression d'avoir bien travaillé si on fait du ménage pendant une heure."

C'est ainsi que, malgré la présence dans le service, depuis environ trois ans, d'A. S. I. (2) employées pour soulager les infirmières de certaines tâches matérielles, le ménage reste une préoccupation majeure,

"Moi, je ne peux pas m'entretenir pendant une heure avec une malade dans sa chambre, si cette chambre est sale."

(1) D. : une infirmière présente à la réunion.

(2) A. S. I. : Agent des Services Intérieurs.

.../...

"On fait quand même le travail... c'est pour les malades. C'est tellement sale, ça sent mauvais.... On ne peut pas laisser ça."

ce qui restreint les possibilités de rencontre avec la malade :

"Moi, j'ai fait les vitres hier après-midi ; les malades sont réveillés, il y a une demande... et bien, on a des tas de choses à faire... on n'a pas le temps de s'occuper d'eux."

Nous venons de voir, à travers ce chapitre, que des événements récents sont responsables d'un certain bouleversement dans la pratique des soins psychiatriques.

Quelle perception avons-nous alors du vécu de l'infirmière ?

CHAPITRE IV

SIGNIFICATION DE LA PRATIQUE DES SOINS :

ESSAI DE COMPREHENSION DU VECU DE L'INFIRMIERE

CHAPITRE IV

SIGNIFICATION DE LA PRATIQUE DES SOINS : ESSAI DE COMPREHENSION DU VECU DE L'INFIRMIERE

I. LA FRUSTRATION

Elle devient le lot quotidien de l'infirmière.

"Vous avez l'appendicite... on vous opère... on vous recoud... Vous donnez le bouquet à l'infirmière... On embrasse tout le monde. Ici, on n'a rien."

"Moi, il me semble que donner un soin, ça doit aboutir à un résultat satisfaisant. Et chez nous, c'est loin d'être le cas toujours."

"Nos soins, c'est jamais terminé... C'est pas comme le bel abcès."

"Lui, il a fait un tas de choses dehors... Il est venu se réfugier ici... Mais ce n'est pas un vrai malade... C'est difficile."

"Une infirmière Diplômée d'Etat, en chirurgie par exemple, elle se fait plaisir tout le temps. Elle fait des soins, quoi ! Elle voit l'efficacité de son soin. C'est concret. Elle est satisfaite. Elle a fait ce qu'il fallait faire."

"Avec J.P., il n'y a pas d'échange. Quand c'est toujours à sens unique, c'est fatigant, ça pourrait aller mieux..."

"Quand sa femme n'est pas là... Qu'elle ne vient pas le voir de deux jours... C'est affreux, il va vers elle... Ca nous est pénible... d'autant que c'est pour se torturer tous les deux... ils n'iraient pas chercher les infirmières !"

.../...

"Les malades qu'on voit au foyer (1), je ne veux pas qu'ils me parlent en malades. Je veux qu'ils disent ce qu'ils sont. Ils ne sont pas toujours malades puisqu'ils sont dehors... Ils peuvent être bien ailleurs... et là, avec nous, il faut qu'ils soient malades."

"Parce qu'ils sont là, avec nous, on croit toujours que ça va aller mieux... penses-tu ! on est souvent déçu... c'est notre métier."

II. L'IMPUISSANCE

Elle est là, sans cesse, en toile de fond.

"C'est pénible, pénible de ne rien faire, d'être incapable de leur apporter."

"On sait bien que les débiles, ce n'est pas nous qui allons leur apporter une solution."

"C'est notre impuissance... On délaisse les malades chroniques parce que ça fait vingt ou trente ans qu'ils sont là, qu'on n'a jamais rien pu pour eux... quelque chose de concret... donc on abandonne... et on met toute notre hargne à guérir ceux qu'on veut faire sortir à tout prix."

"Non... Je sais... Je me suis préparée à ça... Il va reboire un jour."

"C'est comme une cure de dégoût... mais il va boire là-dessus... c'est atroce... on ne peut pas l'empêcher... et de toute façon le résultat ?... Quelle catastrophe !..."

"Il y a un vécu d'échec sans arrêt."

"Il me semble qu'on est là, qu'on piétine..."

(1) Une structure du secteur.

"Il a quelque chose J.P. ... mais qu'est ce qu'on peut faire pour lui ? ... Changer sa structure ?"

"Avec C. F., j'ai l'impression qu'on ne lui a rien apporté, c'est ça mon sentiment d'impuissance."

"Il voudrait une femme, des enfants, il aimerait avoir son père, sa mère... il demande de l'argent, de la nourriture, de l'amour... il a tout un manque... on le remplit, il se vide."

"On a vraiment en fait le sentiment d'être impuissant, de ne pas pouvoir aller au-delà."

"L'impuissance... on voudrait toujours faire plus qu'on ne peut réellement."

"Dans la relation avec Monsieur T. Il y a eu un moment où je me suis dit : "je ne sais pas où j'en suis, il faut que je m'arrête... que je réfléchisse... Je ne peux pas poursuivre."

"Il y a des moments où on est dépassé."

"On voudrait transmettre notre expérience aux élèves... mais on ne peut pas."

"L'agressivité vient de tout ce bouleversement... du fait d'avoir échoué... c'est l'impuissance."

Impuissance qui entraîne un véritable "désespoir thérapeutique" :

"Ce désespoir, c'est l'échec... pas de guérison... on revient, on revoit toujours les mêmes têtes... c'est terrible!"

"De toute façon, je ne crois pas à cette cure d'Insuline."

"Certaines cures d'Insuline ont marché, mais quelques temps après... c'est de nouveau la même chose."

"La rechute, c'est le désespoir... c'est terrible de rechuter. Alors on n'a rien fait ? La psychiatrie qu'est-ce que c'est ?"

.../...

*"Si je pense à deux ou trois alcooliques du service...
c'est désespérant."*

"Ca devient intolérable de travailler sans espoir..."

Et c'est ainsi qu'on voit apparaître de véritables fantômes de meurtre du malade mental :

"Moi, c'est vrai que les grands-mères parfois, j'ai envie de les tuer quand je vois leur état."

"Autrefois, les malades mentaux... on les mettait sur des espèces de radeaux... et voguaient la galère. On disait qu'on les mettait entre les mains de Dieu... En réalité..."

III. L'INSATISFACTION DU METIER

Frustration, impuissance, désespoir thérapeutique... tous ces sentiments entraînent une véritable insatisfaction du métier :

"Moi, je me dirais autre chose qu'infirmière, je serais peut-être satisfaite de ce que je fais. Il faudrait garder la fonction d'infirmière pour des soins plus intenses, des résultats plus satisfaisants."

"Parfois, on a l'impression de n'avoir rien fait de toute la matinée."

"Je me demande si nous servons à quelque chose en définitive."

"Certaines infirmières finissent par faire leur travail comme si elles étaient des robots."

"Ca devient la routine."

"On a des divergences d'activités, de décisions... ça ne

.../...

nous satisfait pas."

"Les élèves... il y en a une à qui j'ai conseillé d'aller plutôt travailler à La Tronche."

"Il y a de jeunes infirmières qui sont tassées... aigries... qui font leur huit heures, quoi !"

IV. LA DEVALORISATION

Le sentiment de dévalorisation existe profondément ancré dans chaque infirmière,

"Moi, j'ai choisi ce métier par hasard..."

"Il y a des infirmières qui restent à l'hôpital contre leur gré, pour des raisons familiales ou autres. Elles travaillent ici parce qu'il faut travailler."

"Il faudrait pouvoir se recycler..."

"Moi, je me dis que je suis bien payée, pour ce que je fais... que j'escroque."

"Il me semble que les malades pourraient se passer de nous."

"Les élèves, on a l'impression qu'ils ont tout pour être heureux. Ils ont des écoles, ils ont tout. Moi, je voudrais avoir vingt ans maintenant avec tout ce qu'il y a pour leur formation."

"Je voudrais écrire.. pas qu'on écrive à ma place, je pense pourtant que la psychologue écrit mieux que moi."

Et il est exacerbé encore à travers leur système relationnel.

1. Par le médecin

"Le médecin a l'esprit de contradiction... Il suffit qu'on pense blanc pour qu'il fasse noir."

"Ca fait des jours qu'on dit que Monsieur G. a trop de médicaments (400 mg de Modécate), qu'il n'arrive pas à assumer son travail avec des doses pareilles. Et on voit écrit, aujourd'hui, sur le dossier : "Monsieur G. imprégné de neuroleptiques, on baisse à

.../...

200 mg"... Et ça fait un mois qu'on le met sur le cahier, nous ! Alors on a l'impression qu'on ne compte pas, on se demande ce qu'on est."

"Ca ne sert à rien ce qu'on écrit sur le cahier de transmission. D. ne voulait plus en faire."

2. Par les malades :

"Les malades nous disent : "mais qu'est ce que vous faites ? Vous passez votre temps à passer la serpillère."

"Mademoiselle Ch. était en train de dire à une infirmière que ça ne servait à rien leur cure de sommeil... que c'était des incapables."

3. Par l'opinion publique :

a) que ce soit l'extérieur :

"Vous êtes bien payées pour ce que vous faites."

"Les gens croient qu'ici on va tout corriger. Est-ce que c'est un lieu magique ? Ils disent "comment ça se fait que vous ne les guérissez pas ?"

"Avant l'hôpital était fermé, tout pouvait se passer à l'intérieur des murs pourvu qu'à l'extérieur personne ne soit au courant... Maintenant... c'est dehors... et quand vous voyez tous ces malades qui ~~se promènent~~ ~~lignes~~, Toutes ces petites débiles de vingt ans, dégrafées sur la place du village, avec des vieux malades de soixante ans !... c'est très mal vécu... Les gens nous disent : "Mais qu'est-ce que vous faites à l'hôpital ?"

b) Que ce soit leurs collègues : les infirmières diplômées d'Etat :

"Quand on va en consultation à l'hôpital de La Tronche ou à l'Hôpital Sud, ils ne peuvent pas supporter nos malades... "Allez l'H. P. , c'est votre tour..." Ils ont peur qu'on per-

.../...

turbe le service."

"Quand je suis allée donner mon sang au camion, l'autre jour, ils m'ont dit "vous n'êtes pas trop fatiguée ?... ça doit être drôlement débilisant de rester là des années"."

c) que ce soit les élèves-infirmières au sein même du service :

"L'autre jour, je disais à un élève que j'avais vingt cinq ans de carrière. Il m'a dit "mais vous n'êtes pas encore morte ou épuisée ? - Ce n'est pas normal d'avoir vingt cinq ans d'hôpital. C'est abrutissant"."

d) Ou enfin l'image même de leur propre dévalorisation que leur renvoient les femmes de ménage :

"Les femmes de ménage, c'est malheureux, mais elles ne sont pas toujours d'un bon niveau..."

"Elles n'ont pas de formation."

"Tous les jours, c'est pareil... tous les jours on nettoie la m... et l'urine.... tous les jours on donne à manger."

"Il y avait une femme de ménage qui faisait bien son travail au pavillon D... Puis petit à petit, elle voit le travail des infirmières et elle dit "moi aussi, je saurais faire."

C'est ainsi que sous-tendue par les sentiments de frustration, d'impuissance, de dévalorisation, on voit apparaître chez la majorité du personnel soignant une véritable POSITION DEPRESSIVE.

V. LA POSITION DEPRESSIVE

Elle n'imprègne pas le groupe des infirmières d'une manière uniforme et c'est ainsi qu'en fonction des réactions de chacune, elle prend des aspects différents, individualisés ici par la description de

.../...

trois "tendances".

1. La dépression permanente

Maintenant, on ne les soigne pas. Avant on faisait des soins... maintenant il me semble que je ne sais plus soigner les malades... alors, ça m'angoisse."

"On a besoin de penser qu'on est capable de faire des choses. C'est notre désir."

"On devrait savoir s'en aller. Mais si je pars, est-ce que je vais supporter de revenir un jour ? Moi, je sais maintenant que je pourrais aller en sachant que je n'aurais pas à revenir."

"Moi, je ne m'arrange pas et je démolis parce qu'en étant comme ça, les autres le sentent bien... et si elles, elles y croient encore ? C'est là que c'est grave! On devrait pouvoir se taire et accepter d'être mal dans sa peau, et laisser les autres encore avec ce qu'elles ont."

"Je me demande si c'est moi qui arrive à communiquer ce malaise. Il ne faudrait pas, surtout maintenant que les jeunes élèves vont arriver ."

"Il y a aussi cette angoisse de voir ces élèves qui arrivent en retard, qui se trompent de jour de congé... Je me dis : "que va devenir le malade ?..". Finalement elles sont malades aussi. Elles viennent là pour se soigner en définitive."

"Je suis de plus en plus... seule".

"C'est invivable."

"Les infirmières qui restent vont en crever..."

C'est un véritable état dépressif qu'on voit ainsi s'installer, avec tristesse profonde ou même parfois "douleur morale", sentiments d'impuissance, d'incapacité. Certains se sentent même coupables, s'accusent

.../...

d'être responsables du malaise des autres, et alors que leur angoisse et leur solitude augmentent, que l'avenir leur parait de plus en plus sombre, elles évoquent leur propre départ. (1)

Certaines infirmières, en fonction depuis plus de vingt ans, ne peuvent s'empêcher de comparer leur vécu actuel, à celui qui était le leur dans le passé :

"Avant... Il y en aurait des choses à raconter... Les clés... l'odeur des pavillons... la peur... les malades étaient agressives, elles frappaient parfois... quelques unes, on les faisait manger, elles étaient attachées... Il y avait entre les infirmières et les malades, dans la relation, quelque chose d'extraordinaire qui passait malgré le peu de moyens. Maintenant, c'est différent, ça n'a pas la même intensité. Et puis, on était seul face au malade... il n'y avait pas de psychologue... d'externe... le médecin était distant quand il passait, deux fois par semaine, il traversait la salle des malades, très digne.... Et puis, on ne se posait pas de question sur la famille qu'on a envie de bouffer... qui crée des problèmes."

On réalise alors, que, pour elles, l'état dépressif actuel parait lié à la perte de cette RELATION D'OBJET NARCISSIQUE.

2. Lutte contre la dépression : "le train d'enfer"

"Madame C. dit qu'on court, qu'on est affairé... c'est un véritable tourbillon... On mène un train d'enfer."

"Souvent, on descend tranquillement quand on va au travail... et dès l'instant qu'on met les pieds au vestiaire... ou dans le bureau... ça commence à serrer..."

(1) A noter qu'une infirmière du groupe, appartenant à cette "tendance" a quitté définitivement l'hôpital au mois de juin.

.../...

"A 13 h, la transmission, à 16 h 15 le linge arrive, à 16 h 30, c'est la pharmacie, il faut déconditionner tous les médicaments les mettre dans des pots, après le repas arrive... puis on fait le rapport... c'est une continuité."

"Ici, on a beaucoup de papiers, de vérifications; et ceci et celà. Ca demande beaucoup de temps. Mais c'est nous qui l'avons organisé comme ça, et on est tenu. Il y a toujours quelque chose qui arrive, on n'a pas le temps de s'ennuyer."

"Moi, je me dis, parfois "j'en ai assez de ce service, je vais prendre quelques jours de congé tranquilles..." et puis je ne pars pas."

"Moi, en vous voyant parler, je me dis que si brusquement, il y en a une de vous qui a mal à la tête, l'autre qui a un pépin, et que vous ne puissiez pas venir... Qu'est-ce que ça fera dans le service ? Il y aura des ennuis dans tout : la pharmacie, la droguerie, les draps... dans tout et partout. Vous êtes des perfections."

Il s'agit donc ici d'infirmières qui ont rendu leur fonction de présence indispensable au bon fonctionnement général du service. C'est, pour elles, un facteur de REVALORISATION : il n'est pas question qu'elles partent, ce serait la catastrophe.

Elles arrivent, d'autre part, au terme de huit heures d'hyperactivité, à retrouver une certaine AUTOSATISFACTION :

"Je me dis : "aujourd'hui, j'ai bien travaillé" Je me le dis, parce que je suis très fatiguée."

Elles recréent par ailleurs des moments privilégiés, tant dans une relation d'échange avec le malade que dans un travail de coopération avec le médecin, y trouvant alors une certaine GRATIFICATION.

.../...

"Notre meilleur moment, c'est de 18 h 15, 18 h 30, jusqu'à 19 h 15. On dîne avec les malades, on se met à table avec eux, on se mélange à eux. Ils nous invitent. Trois quart d'heures comme ça, à être maternées et pouponnées, ça nous remercie de toute notre course folle."

"Pour ce qui s'est passé avec Mademoiselle S.P., j'avais tout écrit pour le médecin, sur le cahier de rapport, tout préparé pour le lendemain matin... On ne le laisse pas seul..."

Et pour finir, c'est par une véritable conduite d'évitement qu'elles fuient les situations nouvelles, plus anxiogènes et notamment la sectorisation.

"Le foyer (1), si on me dit d'y aller, ça me déprime ça."

"C'est comme le jour où il faudra aller au foyer (1), je vais être mal par rapport à l'équipe. Et puis, je suis comme attachée par le service, c'est difficile de sortir. Il me semble que je vais perdre beaucoup de choses... c'est incroyable."

"C'est comme pour l'information, quand on part une journée pour une rencontre, un congrès, c'est un problème... On a l'impression de délaisser le service."

Leur pratique des soins semble héritée d'un passé relativement proche : celui qui précède la sectorisation. Leur champ d'activités s'arrêtait alors aux murs de l'hôpital, comme la prise en charge du malade lui-même ; l'organisation du service était différente, plus centrée sur l'institution et la collaboration avec le médecin.

Mais actuellement, quel sens peut prendre cette pratique ? L'expérience montre que les infirmières appartenant à cette tendance travaillent dans un SYSTEME CLOS, dont les autres se sentent exclus.

(1) Une structure du secteur.

.../...

"La femme de ménage se sent angoissée l'après-midi parce qu'elle ne voit pas les malades comme le matin... Elle n'aime pas l'après-midi. Elle dit "vous courez, vous courez..." Elle se sent mal à l'aise l'après-midi. D'ailleurs, elle travaille maintenant avec les mêmes horaires que l'équipe du matin."

"Madame R. depuis qu'elle va dans le secteur, se sent très mal à l'aise. Elle ne sait pas où se situer... surtout l'après-midi."

3. Le désinvestissement de la fonction

"Dans les soins, il n'y a aucune utilité. Je me sens inutile dans les soins."

"La maladie n'existe pas... il n'y a que des cas sociaux."

"Par exemple, les délinquants, il faudrait une maison pour eux... ce n'est pas leur place ici... les vieillards ne doivent pas être dans les hôpitaux, on doit les garder à la maison... comme avant. C'est naturel !"

"On veut bien s'occuper des malades mais "en dehors de la maladie", il faut mettre la maladie à part."

"De toute façon, quoi que je pense, quoi que je dise, ça ne change rien."

On assiste ici, à l'expression même d'une impuissance radicale, à la négation de la maladie mentale, et avec la perte de la fonction soignante la pratique des soins perd tout son sens.

IV. LA CONTESTATION - LA RECHERCHE

Nous devons individualiser ici, un groupe d'infirmières, minoritaire, qui ne ressent pas le malaise général avec autant d'acuité.

"Pourquoi penser qu'on est une mauvaise infirmière ? Etre infirmière, ce n'est peut-être pas ressembler à l'image qu'on a eu et qui traîne à travers les générations."

.../...

Ce sont des infirmières qui participent déjà à une activité de secteur :

"Quand j'étais à l'hôpital, uniquement à l'hôpital... ce n'est pas possible de ne voir le malade que très mal à l'intérieur du service... c'est pour ça que je voulais sortir, faire du secteur."

La vision du malade est alors différente ;

"A l'extérieur, le malade est total, c'est quelqu'un, un individu qui dans la vie passe par des phases... mais on voit tout de lui."

"On ne sait plus où est la folie... dehors... dedans."

La fonction est alors revalorisée du fait même qu'on prend des initiatives, et apparaît alors le sens de la responsabilité.

"C'est un souci qu'on prend. On s'intéresse à comprendre plus particulièrement un malade, tant pis pour les autres, on sait qu'on aura une relation plus banalisée, on répondra à certaines demandes, mais ceux-là, on pourra mieux chercher à comprendre, à faire avancer."

"Quand un malade que je suis à l'extérieur entre à l'hôpital pour être soigné, c'est l'équipe qui soigne, mais j'interviens de temps en temps, ou on me le demande."

Comment se situent-elles alors, par rapport au médecin ?

"Il y a une certaine confiance... un certain engagement aussi du médecin vis à vis de nous."

"Je préfère être infirmière que médecin."

En fait elles ont conscience d'un certain savoir spécifique :

"Quand on dit que les infirmières ont un savoir... Nous,

.../....

au foyer (1) il nous semble qu'on a un savoir... Le savoir de notre vécu."

"Quand on voit un interne en relation avec un malade qu'on connaît bien, on pense "moi, je n'aurais pas fait comme ça. Ce n'est pas comme ça qu'il faut s'y prendre." L'autre jour avec Mademoiselle S. j'ai pensé que l'interne avait fait une gaffe."

"L'interne... on a plus confiance au patron, parce que l'interne est là pour travailler, mais aussi pour apprendre."

Elles disputent donc un certain savoir au médecin, mais lui reconnaissent cependant le pouvoir :

"Le médecin a ordonné un traitement chimiothérapique. Nous savons aussi bien que lui ce qu'il fallait comme médicaments. Mais il faut autre chose à cette malade, et il faut demander autre chose au médecin... qu'il la voit en entretien."

"On envie au médecin sa possibilité de relation privilégiée avec le malade."

"Je voudrais écrire, mais pas qu'on écrive à ma place."

"Ca a changé, parce qu'avant, les psychologues, les internes, il y en a qui travaillaient tous seuls, ils étaient comme des voyeurs, si tu veux... Ca a changé, mais... je veux bien travailler avec eux, leur donner mon vécu, mais c'est eux qui continuent à écrire... Ca perpétue..."

"Après tout, je pourrais écrire avec des fautes... Qu'est-ce que ça pourrait faire ? Ce n'est pas mon métier d'écrire."

A travers cette aspiration à l'écriture, donc à l'accessibilité d'un certain pouvoir, apparaît ainsi un certain désir d'autonomie, de naissance d'un MOUVEMENT INFIRMIER SPECIFIQUE propre à participer peut-être, lui aussi, au mouvement même de la psychiatrie, dans une perspective d'avenir.

(1) Une structure du secteur.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

Au terme de ce travail, il apparait donc que les infirmières "à l'aise" dans une certaine pratique des soins, héritée du passé et notamment du mouvement de thérapeutique institutionnelle, voient leur rôle à nouveau bouleversé :

- par l'introduction relativement récente à l'hôpital psychiatrique d'une nouvelle politique de soins "la sectorisation."

- par l'éclairage particulier que prend la psychiatrie à travers la mutation du monde actuel : vague de "libéralisme" mouvement d'antipsychiatrie.

Ces changements, pour la majorité d'entre elles, sont à l'origine d'un malaise profond, avec notamment apparition de sentiments de frustration, d'impuissance, d'échec, de dévalorisation, d'anxiété de l'avenir, responsables d'une véritable position dépressive, qui, selon les réactions de chacune, se manifeste sous trois tendances :

1. La dépression permanente : fait surtout des infirmières les plus anciennes, qui gardent une certaine nostalgie de ce passé où elles étaient valorisées par une relation avec le malade de type "relation d'objet narcissique."

2. La mise en place, à partir de multiples mécanismes de défense, d'un système de travail clos où le champ d'activités apparait calqué sur la pratique d'un passé plus récent dont la sectorisation ne participait pas encore.

.../...

3. Le désinvestissement de la fonction avec perte de la "fonction soignante"

Les autres, une minorité, plus engagées déjà au sein même de ces différents mouvements, demandent à être reconnues comme détenant un "savoir spécifique" avec une incidence non seulement sur leur pratique hospitalière et extra-hospitalière, mais également sur l'évolution de la psychiatrie, le mouvement infirmier ayant sa part dans le mouvement même de la psychiatrie.

Dans les deux cas, il y a une demande, demande perçue déjà lors de la constitution de notre groupe de réflexion, et comblée en partie en son sein par la multiplicité même de son rôle : groupe de recherche, groupe d'analyse de soi, il est également un groupe de formation.

Y aurait-il là l'amorce d'une solution ? Ce groupe devenant un des modèles possible de mise en place d'une FORMATION PERMANENTE du personnel soignant, permanence indispensable, pour que la pratique des soins infirmiers prenne son sens dans le courant même de l'évolution de la psychiatrie.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	p. 2
HISTORIQUE	p. 3
METHODOLOGIE	p. 10
CHAPITRE I	
L'infirmière dans sa pratique : analyse du champ d'activités où on la sent à l'aise	p. 14
CHAPITRE II	
Le malaise	p. 26
CHAPITRE III	
La sectorisation - La mutation du monde actuel : vague de libéralisme - Mouvement d'antipsychiatrie - Leur incidence sur la pratique des soins infirmiers	p. 30
CHAPITRE IV	
Signification de la pratique des soins : Essai de compréhension du vécu de l'infirmière	p. 54
CONCLUSIONS	p. 69

B I B L I O G R A P H I E

AYME. J

Participation des infirmiers à la psychothérapie.
Inform. Psych, Oct 1959, 8, p. 475-486.

BAILLY-SALINS. P

Psychothérapie et personnel infirmier.
Inform. Psych, Mai 1958, 5, p. 384-399

BAILLY-SALIN. P - BERNARD. P - BONNAFE. L - HENNE. M - MIGNOT. H

Etude sur le recrutement et la formation professionnelle du
personnel soignant des hôpitaux psychiatriques.
Inform. Psych, Déc. 1962, 10, p. 857-872.

BALVET. P

Asile et hôpital psychiatrique.
Rapp. Congrès Méd. alién. et neurol. Montpellier 1942.

BALVET. P

A propos des réunions d'équipe et pour prendre position.
Inform. Psych, Oct. 1949.

.../...

BALVET. P - ROTHBERG. D - BANGE. C

La réunion d'équipe, conscience du pavillon et moyen psychothérapique.

Inform. Psych, Juillet 1961, 7, p. 375-391.

BELEY. A

Formation pratique de l'infirmier à la psychothérapie de la vie quotidienne.

Inform. Psych, Mai 1958, 5, p. 399-405.

BERNARD. P

Rôle et formation professionnelle de l'infirmière dans l'équipe psychiatrique multidisciplinaire selon les principes directeurs de l'action de santé mentale.

Vie Sociale et Traitements, Déc. 1969-Janv. 1970, 76, p. 3-6 et Fév. Mars 1970, 77, p. 5-9.

BLANDIN. J

Compte-rendu d'une enquête concernant le perfectionnement et la formation de base des infirmiers des hôpitaux psychiatriques.

Inform. Psych, Déc. 1962, 10, p. 873-881.

BLANDIN. J - GENTIS. R

La formation du personnel infirmier des hôpitaux psychiatriques.

Extrait de la Revue Pratique de Psychologie de la Vie Sociale et d'Hygiène Mentale, 1964, 3 et 4.

.../...

DAUMEZON. G

La situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés.
Thèse, Paris, 1935.

DAUMEZON. G - TOSQUELLES. F - PAUMELLE. Ph

Organisation thérapeutique de l'hôpital psychiatrique. Ergo-
thérapie. Sociothérapie.

Encycl. Méd. Chirur, Psychiatrie, 37. 930 A 10

DAUMEZON. G - LOUBTCHANSKI - AULAGNIER - RESNIK.

Expérience d'introduction de psychothérapies dans un service
fermé.

Inform. Psych, 1958, 5, p. 361-383.

DIATKINE. R

Rapport sur la participation des infirmiers à la psychothé-
rapie.

Inform. Psych, Déc. 1968, 10, p. 815-823.

GENTIS. R - BARTHES. A et J - LOUBON. H - PONCIN. C - WAJEMAN. M

Sur la formation professionnelle et le perfectionnement des
infirmiers psychiatriques.

Inform. Psych, Déc 1962, 10, p. 843-857.

GENTIS. R - LE GUILLAND - LE HENAFF. G

Les stages d'infirmiers : une expérience de "dynamique de
groupe".

Inform. Psych, Mai 1963.

HOCHMAN. J

Le malade "indésirable" et l'hôpital psychiatrique.

Cahiers Laennec, Déc. 1968, 4, p. 26-39.

.../...

MILLON. R

L'infirmier "omnivalent" ou la pièce interchangeable.
Extrait du Bulletin intérieur de l'H.P. de St-Alban :
Trait d'Union du 10 Septembre 1954, 216-217.

MILLON. R - Mlle CHASLES. M.A

Le rôle de l'infirmière dans l'équipe psychiatrique.
Inform. Psych, Mai 1958, 5, p. 466-491.

MILLON. R - GOLDSTEINAS - BILLAUD - Mme LAGESSE.

Secteur "actif" et infirmières de santé mentale.
Communication au congrès de Tours - Juin 1959.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Comité d'Experts des soins infirmiers psychiatriques.
1er rapport, Genève, Juillet 1956, 105.

OURY. J - ZENNER. W

Analyse de l'entourage immédiat du malade dans le cadre de
la thérapeutique institutionnelle.
2ème Congrès int. de Psychothérapie. Zurich 1957.

OURY. J

La participation de l'infirmier à la psychothérapie.
Inform. Psych, Mai 1958, 5, p. 405-416.

OURY. J

Contribution au problème de la formation professionnelle en
psychiatrie.
4ème Congrès int. de Psychothérapie. Barcelone 1958.

.../...

RACAMIER. P.C en collaboration avec DIATKINE. R - LEOVICI. S - PAUMELLE.P

Le psychanalyste sans divan.

PAYOT, Paris, 1970.

REBATEL. N

L'infirmier de nuit à l'hôpital psychiatrique (Essai de
compréhension du rôle et du vécu).

Thèse, Lyon, 1971.

ROUMIEUX. A

Je travaille à l'asile d'aliénés.

Editions Champ libre, Paris, 1974.

SACHOT-PONCIN. C

Les centres d'entraînement aux méthodes d'éducation activé
et la formation du personnel infirmier.

Recherches : spécial psychothérapie institutionnelle, Mai 1971,
nouvelle série : 1-2, p. 185-288.

Les TEMPS MODERNES.

Psychiatrie à Saint-Dizier.

Juillet 1974, 336, p. 2. 376-2. 443.

TOSQUELLES. F

Histoire critique du mouvement de psychothérapie institutio-
nelle dans les hôpitaux psychiatriques français.

Recherches : spécial psychothérapie institutionnelle, 1966,
2-3, p. 21-86.

.../...

VERMOREL. H - MEYLAN. A

Cent ans de psychiatrie.

Editions du Scarabée, Paris, 1969.

VERMOREL. H et M.

Essai sur l'évolution de l'hôpital psychiatrique.

Inform. Psych, Fév. 1966, 2, p. 117-147.

VIE SOCIALE ET TRAITEMENT.

- Rôle et formation de l'infirmier psychiatrique (en préparation au congrès d'Auxerre de Sept. 1974.)

Déc. 1973-Janv. 1974, 96.

- Documents rassemblés par les C.E.M.E.A. à propos de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban.

Juil. Août. Sept. 1974, 99, p. 1. 399-1. 799.

WAJEMAN. M

Considérations sur la formation professionnelle du personnel infirmier des services de neuro-psychiatrie.

Thèse, Clermont-Ferrand, 1962.

WOODBURY. M

L'Equipe thérapeutique.

Inform. Psych, Déc. 1966, 10.

Un groupe d'infirmiers et d'infirmières.

- Spécificité du rôle de l'infirmier psychiatrique.

Vie Sociale et Traitement, Juil. Août ^{Sept} 1974, 74, p. 14-17.

- Le métier d'infirmier psychiatrique.

Vie Sociale et Traitement, Juil. Août. Sept. 1974, 74, p. 17-21.

- S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E -

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.



