Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 5 (1979)

Heft: 3

Artikel: Les pratiques infirmières en psychiatrie : approche sociologique

Autor: Gillioz, Lucienne

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-814089

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 09.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Schweiz.Z.Soziol./Rev.suisse sociol., 5 (1979) 381-397

LES PRATIQUES INFIRMIÈRES EN PSYCHIATRIE : APPROCHE SOCIOLOGIQUE

Lucienne Gillioz
Centre psycho-social universitaire. Genève

RÉSUMÉ

La problématique sociologique développée ici, à propos des infirmiers (infirmières) en psychiatrie est construite contre la représentation officielle d'une profession humanitaire ayant pour vocation de prodiguer à une catégorie particulière de malades des soins médicaux spécifiques. C'est dans les caractéristiques du contexte institutionnel et social où s'inscrit la profession qu' est cherché le cadre théorique permettant de rendre compte des pratiques. Après avoir décrit les fonctions de contrôle social de la psychiatrie, la nature totalitaire de l'hôpital psychiatrique et les principes qui ordonnent la division du travail entre les agents hospitaliers, l'on montre que ce ne sont pas tant des impératifs médicaux ou thérapeutiques qui commandent le contenu et la fonction du travail infirmier psychiatrique que les exigences de fonctionnement d'une institution préposée à la prise en charge et à la normalisation des comportements déviants.

ZUSAMMENFASSUNG

Die hier angegangene soziologische Problemstellung weicht von der allgemeinen Auffassung ab, nach welcher der Krankenpfleger(innen)-Beruf in der Psychiatrie vorwiegend ein humanitärer Beruf sei, dessen Sinn und Aufgabe in der spezifischen Pflege einer besonderen Krankenkategorie liege. Ausgehend von den Charakteristiken der institutionellen und sozialen Umwelt, in welche der Pflegeberuf eingereiht werden muss, wird der nötige theoretische Rahmen geschaffen, um die Pratiken darzulegen. Vorerst werden die Funktionen der Psychiatrie als soziale Kontrollinstanz, der totalitäre Charakter der psychiatrischen Klinik und die Prinzipien der Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen psychiatrischen Berufen dergestellt. Es geht daraus hervor, dass nicht nur medizinische oder therapeutische Indikationen die Art und Funktion des Pflegeberufes in der Psychiatrie bestimmen; vielmehr sind es die dem institutionellen Funktionieren eigenen Erfordernisse, die im Zusammenhang mit der Betreuung und der Normalisierung der Devianz stehen.

Lorsqu'on se pose la question, au seuil d'une étude sur la profession d'infirmier(ère)[1] psychiatrique, de l'angle d'approche adéquat pour aborder cet objet et rendre compte de sa spécificité, l'on peut être tenté de chercher dans la folie et ses particularités le fondement ultime des pratiques infirmières. L'infirmière psychiatrique n'est-elle pas définie d'abord par son face à face avec le fou? De tous les agents du système psychiatrique n'est-elle pas celle qui entretient le contact le plus étroit avec la folie et n'est-ce pas en référence à cette dernière que tout son travail est organisé et prend sens?

Cette approche, pour être séduisante n'en recèle pas moins un piège, en ce qu'elle escamote une des médiations essentielles et structurantes de la rencontre de l'infirmière et du fou, à savoir l'instance psychiatrique. Le métier d'infirmière s'insère en effet dans un dispositif institutionnel – mandaté pour accomplir cer-

[1] Dans la suite, pour ne pas alourdir, on mettra ce terme au féminin, étant donné la supériorité numérique des infirmières

© 1979 Schweiz. Ges. f. Soziologie / Soc. suisse de sociologie

taines fonctions sociales – et doit être étudié en référence à ce soubassement structurel qui le détermine.

C'est dire que l'on cherchera le cadre théorique nécessaire à l'analyse de la profession étudiée bien plus dans les réponses sociales et institutionnelles que la société oppose à la folie, par l'intermédiaire du système psychiatrique, que dans la folie en tant que condition ontologique spécifique.

Cette démarche pour construire notre objet d'étude en le replaçant dans l'ensemble des déterminations qui le façonnent est une condition indispensable pour rompre avec l'image sous laquelle la profession se présente, c'est-à-dire comme activité humanitaire destinée à prodiguer des soins spécifiques à une catégorie particulière de malades. Cette rupture est ici d'autant plus nécessaire que la profession d'infirmière en psychiatrie constitue, comme nous le verrons, un cas exemplaire du décalage existant entre une certaine réalité et l'idéologie professionnelle sous laquelle elle se donne à voir.

L'option théorique adoptée exige que l'on commence par étudier le système psychiatrique et ses fonctions sociales ainsi que les conditions objectives dans lesquelles s'accomplit le travail infirmier avant de pouvoir rendre compte des pratiques infirmières.

1. LA PSYCHIATRIE COMME SYSTÈME DE CONTRÔLE SOCIAL

La psychiatrie ne saurait être réduite à ce qu'elle prétend être : une discipline médicale autonome fonctionnant selon les principes d'une rationalité exclusivement scientifique et thérapeutique. Pour saisir véritablement ce qui la définit et détermine sa pratique, il est nécessaire de l'envisager en tant qu'élément d'une totalité plus vaste, le système social, et de dégager les relations qui la tient à ce dernier.

Ainsi les agents psychiatriques n'opèrent pas sur un terrain socialement neutre; les troubles mentaux, matière première de leur travail, ne peuvent être abstraits des conditions concrètes dans lesquelles ils se manifestent et de leurs implications sociales. C'est généralement à partir d'une situation de *désordre social* que la psychiatrie intervient, désordre pouvant se localiser à différents niveaux : famille, groupes d'amis, lieu de travail, place publique, etc., et impliquant un conflit entre un individu et son entourage. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si, dans la plupart des cas, son intervention est requise, non par les patients, mais par des tiers[2] – parents, voisins, employeurs, médecins, services sociaux, police, etc. Même dans les cas où les patients eux-mêmes recourent à la psychiatrie, il ne faut pas sous-estimer les contraintes sociales à l'œuvre : soit que, cédant aux pressions de l'entourage, l'individu accepte de se reconnaître malade et de se faire soigner, soit encore qu'ayant suffisamment intériorisé le jugement social sur lui et l'arbitraire culturel qui transforme en problèmes médicaux ses difficultés d'existence, il formule "spontanément" une demande d'aide.

[2] cf. Hollingshead et Redlich (1965), chap. 6 : Paths to the psychiatrist; Goffman (1968), chap. 2 : La carrière morale du malade mental; Scheff (1967), part. 1 : Recognition of mental illness – the definitional process; Fischer (1973); C.P.S.U. (1967).

Aussi ce qui est désigné à l'attention de la psychiatrie, ce sont avant tout des comportements jugés inadéquats et intolérables [3] et ce qui est exigé d'elle c'est qu' elle répare le désordre occasionné en excluant et en normalisant l'individu déviant.

La psychiatrie opère donc sur des cas pré-construits et pré-définis; de ce fait, les critères qui président au repérage des conduites "anormales" ne sont nullement fondés sur des connaissances scientifiques et médicales, mais sur des représentations sociales du normal et du pathologique (Fischer et Jaeggi, 1972) – c'est-à-dire non savantes, produit de l'arbitraire social et culturel d'une époque, d'une société, d'un groupe – derrière lesquelles se cachent les intérêts [4] des personnes ou instances ayant fait appel à la psychiatrie. Or, comme l'a montré Scheff (1966), les procédures d'admission dans le système psychiatrique ne visent nullement à examiner de façon rigoureuse le bien-fondé de la demande d'intervention, elles ont pour fonction d'entériner l'exclusion et la stigmatisation sociales antérieures en leur apportant une caution scientifique et médicale. C'est précisément parce que la psychiatrie se trouve dans la position de servir *d'abord* les intérêts des "demandeurs" qu'elle est piégée, qu'elle le veuille ou non et quels que soient par ailleurs son idéal et sa bonne volonté thérapeutiques, dans une fonction de contrôle social [5].

Ce serait cependant simplifier abusivement et méconnaître ce qui fait sa spécificité que de l'assimiler purement et simplement aux instances directement répressives. Précisément du fait de sa médicalisation, la psychiatrie accomplit ses fonctions sociales selon des modalités particulières et originales, c'est-à-dire à travers la médiation d'un savoir et de techniques propres; elle peut ainsi apparaître comme une instance neutre traitant de façon scientifique des troubles spécifiques. En effet, en situant des problèmes comportant des contenus économiques, sociaux, culturels, politiques au seul plan de la subjectivité du malade, elle réduit un nœud complexe de rapports sociaux problématiques à un trouble réifié qui relève alors pour sa solution de l'intervention du spécialiste. Le déplacement qu'opère la psychiatrie en transformant un désordre social en un problème "médical" est la condition lui permettant de dissimuler son parti pris dans les enjeux d'un groupe ou d'une communauté et le sens des fonctions qu'elle accomplit. C'est cependant à ces fonctions sociales occultées qu'il faut rapporter tout un ensemble de traits déterminant la structure, l'organisation, le fonctionnement de l'institution psychiatrique [6] dont nous verrons plus loin les implications qu'ils ont sur le travail infirmier.

[3] Ce n'est qu'à la suite du coup de force épistémologique qu'a représenté l'importation du concept de maladie dans un champ où il ne repose, dans la plupart des cas, sur aucune base scientifique objectivable que la psychiatrie a pu imposer l'évidence médicale des problèmes qu'elle traite.

[4] Ces intérêts sont divers : empêcher le scandale, éviter des conflits dans la vie quotidienne, sauvegarder l'image de soi et de son groupe, se décharger d'une personne non autonome, protéger une situation financière, etc.

[5] Sur la psychiatrie comme système de contrôle social, cf. entre autres : Castel (1976); Castel, F., Castel, R. et Lovell (1979); Fischer et Jaeggi (1972); Donzelot (1970); Scheff (1966); Foucault (1961); Szasz (1976).

[6] La dépendance dans laquelle se trouve la psychiatrie par rapport aux impératifs externes de contrôle social a freiné et limité son autonomisation en tant que discipline scientifi-

2. LES CONDITIONS OBJECTIVES DU TRAVAIL INFIRMIER PSYCHIATRIQUE

2.1. Structures de prise en charge et travail infirmier

Afin d'accomplir son mandat de contrôle social, la psychiatrie s'est dotée d'un dispositif institutionnel – l'asile, devenu hôpital psychiatrique – qui pendant longtemps constitua l'unique lieu du travail psychiatrique. Cependant, au cours des dernières décennies le système psychiatrique s'est considérablement diversifié avec l'apparition de nombreuses structures de prises en charge – cabinets privés, psychiatrie publique ambulatoire, hôpitaux de jour, ateliers de réadaptation, centres pour drogués, alcooliques, etc. – diversification qui a eu pour corollaire l'extension des clientèles et des problèmes traités. Or, l'on constate que les infirmières psychiatriques n'ont guère réussi à s'implanter dans ces nouvelles structures et sont largement restées confinées dans les murs de l'hôpital[7].

Aussi faut-il, en premier lieu, poser les questions suivantes: qu'est-ce qui caractérise en propre la pratique psychiatrique hospitalière et la différencie des autres types de pratique? Et pourquoi est-ce là que l'infirmière a sa place? Trois points sont à mettre en évidence pour répondre à la première question:

(1) l'hôpital reçoit les déviances les plus massives et les plus lourdes à gérer [8];

(2) par rapport aux autres formes de prise en charge, la psychiatrie hospitalière réalise l'emprise la plus forte et la plus englobante sur l'individu: encadrement 24 heures sur 24 des malades isolés dans un espace clos;

que et influencé son statut dans le champ de la médecine. Parce qu'à l'origine les premiers aliénistes ont accepté d'inscrire la psychiatrie dans le sillage des instances de contrôle social et ont repris la définition sociale de la folie sans vraiment construire scientifiquement leur objet (Castel, 1976), la psychiatrie, un siècle et demi après sa naissance, souffre toujours d'un certain nombre de faiblesses, tant au niveau théorique que technologique: 1) Elle ne dispose pas d'une théorie unifiée et cohérente capable de rendre compte de l'ensemble des phénomènes de pathologie mentale. Le corps théorique de la psychiatrie est en fait constitué par la juxtaposition de divers modèles d'interprétation des faits: génétique, bio-chimique, psychologique, psycho-social. 2) Il n'existe pas un corps de connaissances objectives et vérifiables concernant l'étiologie des maladies mentales. 3) Il n'y a pas, au sein de la communauté des psychiatres, de consensus sur les moyens les plus adéquats de traiter telle ou telle pathologie. Ces derniers sont d'ailleurs largement pragmatiques et d'une efficacité très relative: ils visent bien plus à stabiliser des situations de crise ou à gérer des états chroniques qu'à guérir définitivement. Ces faiblesses du champ psychiatrique se répercuteront au niveau des savoirs et des techniques infirmières.

[7] L'on ne dispose pas de chiffres pour l'ensemble de la Suisse concernant la répartition institutionnelle des infirmières, mais l'on sait que dans le canton de Genève qui possède un secteur extra-hospitalier important et une gamme variée d'institutions, 20 infirmières seulement travaillent dans l'extra-hospitalier, contre 237 en clinique, soit 7,8 % de l'ensemble.

[8] Ce tableau montre la répartition des patients entre les différentes catégories nosographiques en psychiatrie hospitalière et extra-hospitalière. Il faut savoir qu'à travers le diagnostic sont exprimés de façon synthétique tout un ensemble de traits – tels par exemple la consistance et la visibilité du désordre, la marginalisation et la stigmatisation dont a été l'objet le malade, son destin probable, etc. – qui dépassent la seule dimension pathologique.

(3) c'est à l'hôpital que la psychiatrie s'impose avec le maximum de contrainte. Alors que les modalités d'accomplissement de la psychiatrie extra-hospitalière autorisent un mode de domination plus souple fondé davantage sur la persuasion que sur la force, la psychiatrie hospitalière recourt à un certain nombre de moyens de coercition: portes fermées, usage de cellules d'isolement, moyen de contention physique et chimique.

Si c'est dans les lieux du système psychiatrique destinés à contenir les déviances les plus lourdes au moyen d'une prise en charge totalitaire que la profession infirmière est fonctionnellement la plus nécessaire[9], n'est-ce pas parce que le tra-

Tableau 1. Différences de diagnostics entre psychiatrie hospitalière et ambulatoire.

Année 1977, Genève

Clinique de Bel-Air		Centre psycho-social universitaire	
Nouvelles admissions		*Nouveaux cas*	
Psychoses	29,8	Psychoses	8,0
Névroses	39,0	Névroses	24,4
Alcoolisme, toxicomanie	18,6	Alcoolisme, toxicomanie	7,8
Troubles de la personnalité	8,6	Troubles de la personnalité	1,9
Autres	4,0	Autres	6,0
		Diagnostics symptomatiques (états dépressifs, troubles fonctionnels, troubles de conduite, etc.)	29,4
		Diagnostics événementiels (tentamens, conflits, deuils, etc.)	4,1
		Sans diagnostics	18,4
Total	100,0	Total	100,1
N =	521	N =	1 493

Il apparaît que les diagnostics qui ont le plus de chances d'être associés à des désordres manifestes (psychoses, alcoolisme-toxicomanie) sont plus fréquents à l'hôpital psychiatrique. On peut aussi voir un indice du caractère plus flou et moins consistant des problèmes traités dans l'extra-hospitalier dans le fait que la moitié des cas ressortissent à des catégories nosographiques symptomatiques, événementielles ou vides qui n'ont pas leur équivalent dans le code hospitalier.
Donc, à clientèles différentes, codes nosographiques différents et pratiques différentes.

[9] Il y a en effet une corrélation, dans une institution donnée, entre l'importance des effectifs infirmiers, par rapport à d'autres professionnels et le caractère englobant et contraignant de la prise en charge. Les chiffres dont nous disposons sur la psychiatrie genevoise montrent que l'on recensait en 1976, à l'hôpital psychiatrique de Bel-Air 52,5 postes de médecins et 237 postes d'infirmières, soit 4,5 infirmières pour un médecin (encore faudrait-il pour être tout à fait précis ajouter au nombre des infirmières la force de travail représentée par 83 élèves). En revanche, au Centre psycho-social universitaire (pratique institutionelle ambulatoire) l'on rencontrait 50,5 postes de médecins et 20 postes d'infirmières – la plupart travaillant dans les hôpitaux de jour – soit 0,4 infirmière pour un médecin.

vail infirmier est orienté davantage vers des fonctions d'encadrement et de gestion des individus hospitalisés que vers des tâches strictement médicales et thérapeutiques? Avant de pouvoir répondre de façon satisfaisante, il est nécessaire d'examiner de plus près l'hôpital psychiatrique, son rapport aux malades, son organisation et son fonctionnement, afin de saisir les paramètres institutionnels déterminant les pratiques infirmières.

2.2. L'hôpital psychiatrique: institution totalitaire

C'est en référence au mandat social de la psychiatrie qu'il faut comprendre la nature totalitaire[10] de l'hôpital psychiatrique, mise en évidence par Goffman. Celle-ci représente en effet la forme d'organisation la mieux adaptée aux objectifs visés de contrôle et de remodelage des comportements. Aussi pour étudier l'hôpital psychiatrique, en évitant de se laisser piéger par les rationalisations thérapeutiques avancées, faut-il commencer par dégager certains des traits, triviaux en apparence, qu'il partage avec d'autres institutions totalitaires et qui commandent, dans une large mesure, son fonctionnement interne et la pratique de ses agents.

Mentionnons tout d'abord le fait que l'hôpital rassemble sur un espace clos un grand nombre d'individus qu'il prend totalement en charge, c'est-à-dire qu'il loge, nourrit, entretient, encadre, occupe, divertit. Un certain nombre d'exigences et de tâches découlent de cette situation concentrationnaire: exigences d'ordre, de discipline, d'efficacité, impliquant des procédures routinisées de gestion des patients et des règles organisant la vie hospitalière; tâches hôtelières, tâches d'entretien des individus, tâches d'organisation et d'animation de la vie interne.

Mais il y a plus. Dans la plupart des cas les malades ne se trouvent pas à l'hôpital de leur plein gré; soit qu'ils ont été internés de force sous le coup d'une mesure de placement, soit que, sous les pressions, voire le chantage de leur entourage, ils se sont vus contraints d'accepter l'hospitalisation. Goffman a bien décrit comment dans le processus d'hospitalisation, qu'il qualifie de "conspiration du silence", le malade occupe la position de tiers exclu. C'est dire que la psychiatrie, et tout particulièrement la psychiatrie hospitalière, s'impose, plus qu'elle ne se propose aux patients. Pour ce faire, elle dispose de pouvoirs importants; on peut distinguer entre les pouvoirs formels expressément codifiés[11] et les pouvoirs non codifiés inhérents à la gestion des troubles mentaux (par exemple possibilité d'imposer un traitement contre la volonté des patients – avec ce que cela implique d'emprise sur le corps et

[10] Goffman (1968) donne de l'institution totalitaire la définition suivante: "Lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées". Les principaux types d'institutions totalitaires sont: les prisons, couvents, hôpitaux psychiatriques, camps de concentration, casernes.

[11] Ainsi la loi genevoise de 1936 sur le régime des personnes atteintes d'affection mentale délègue aux psychiatres d'importantes prérogatives concernant les procédures d'entrée et de sortie de l'hôpital psychiatrique, la possibilité de transformer une entrée volontaire en internement, la réhospitalisation d'un malade dans les 30 jours après sa sortie.

la personnalité –, d'organiser la vie des malades en fonction de certaines normes, de punir les récalcitrants, etc.).

Les infirmières participent évidemment à l'exercice de ces pouvoirs, dont une partie leur est déléguée par l'autorité supérieure. Il faut insister ici sur le caractère fortement asymétrique du rapport soignant-soigné, où l'un dispose de pouvoirs importants sur l'autre, placé dans une position d'infériorité, de dépendance et de soumission. Cela d'autant plus que cet aspect est totalement occulté dans le discours psychiatrique ou infirmier, où la relation soignant-soigné est toujours présentée comme la rencontre, établie sur une base contractuelle, d'un individu souffrant cherchant secours et d'un professionnel apte à l'aider.

Ce rapport de contrainte que la psychiatrie entretient avec ses patients fait qu'elle se trouve perpétuellement confrontée à des risques de révolte, refus de traitement, fugue, aggressivité, etc., et par conséquent dans l'obligation de mettre en place un système d'encadrement qui organise et contrôle la vie institutionnelle aussi strictement que possible en réduisant au maximum la part de liberté et d'initiative individuelle. D'où les caractéristiques suivantes du fonctionnement hospitalier :

– nivellement des individualités et utilisation de procédures bureaucratiques et routinisées de gestion des patients;

– programmation détaillée de tous les aspects de la vie quotidienne;

– encadrement et surveillance continus des internés;

– système de sanctions visant à pénaliser les comportements non conformes; ainsi les transferts en pavillons fermés, l'enfermement en cellule d'isolement; la suppression de privilèges, les "traitements" utilisés à des fins strictement disciplinaires, etc.

Toute l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital, en effet, obéissent à un principe fondamental : imprimer un ordre dans le désordre potentiel de la vie hospitalière. Cette exigence d'ordre est doublement nécessaire : d'une part elle garantit un fonctionnement institutionnel efficace et sans bavures, d'autre part elle est une des conditions permettant le remodelage des personnalités déviantes à travers l'inculcation de règles de vie et de comportement en accord avec la normalité dominante. Anticipons pour dire que les infirmières, qui occupent une place centrale et stratégique dans la gestion des malades, sont directement préposées au maintien et à l'inculcation de cet ordre.

Les modalités d'imposition de l'ordre varient cependant selon le type de patients, plus précisément selon leur degré d'adhésion aux normes institutionnelles et médicales. On peut ainsi opposer deux types de pratique infirmière : l'une à caractère disciplinaire qui s'exerce en pavillons fermés et concerne les individus qui n'ont pas intériorisé le rôle de patient, l'autre, plus souple et persuasive, pratiquée en pavillons ouverts,[12] à l'usage des malades dont la conduite est conforme à ce qui est attendu d'eux.

[12] Il n'est pas inutile de rappeler que la pratique plus permissive des pavillons ouverts – souvent présentée de façon décontextualisée comme preuve des progrès irréversibles accomplis en psychiatrie – n'est possible qu'à cause de la pratique disciplinaire et coercitive des pavillons fermés qui fonctionne comme rempart ultime en cas de désordre.

Le fonctionnement de l'hôpital et les pratiques qui y ont cours ne se donnent cependant jamais pour ce qu'ils sont, mais apparaissent toujours recouverts de rationalisations médicales. "Pour être légitime, tout ce qui compose la vie à l'hôpital doit pouvoir s'intégrer au schéma médical de référence ou être traduit en termes qui lui permettent de s'y intégrer. Il faut donc définir les gestes quotidiens du personnel comme autant d'expressions, d'observations, de diagnostics, de traitements. Cette transposition n'est possible qu'au prix d'énormes entorses à la réalité ..." (Goffman, 1968, p. 437).

C'est ainsi que les diverses activités de la vie courante sont dépouillées, à l'intérieur des murs de l'hôpital, du sens qu'elles ont à l'extérieur pour être revêtues de significations thérapeutiques: le travail devient ainsi ergothérapie, les loisirs: sociothérapie, les réunions: thérapie de groupe et les discussions avec les soignants: psychothérapie ou relation thérapeutique. Même des mesures disciplinaires telles que l'enfermement en cellule ou le transfert en pavillon fermé sont réinterprétées comme isolement thérapeutique.

Cette retraduction médicale de tous les aspects de la vie interne ne doit pas faire illusion: seul un petit nombre de l'ensemble des tâches accomplies dans l'hôpital psychiatrique implique une médication spécifiquement médicale, c'est-à-dire s'exerce en référence à des savoirs spécialisés et met en œuvre des techniques spécifiques.

Il reste maintenant à examiner comment s'opère, entre les différentes professions soignantes, la division du travail hospitalier.

2.3. La division du travail psychiatrique hospitalier

Dans l'ensemble des activités hospitalières nécessaires à la gestion et à la normalisation des individus hospitalisés, celles qui impliquent une médiation médicale sont monopolisées par les médecins. Ces derniers, fonctionnant comme spécialistes, assument les tâches intellectuelles de définition (diagnostic), de décision (choix du traitement), ainsi que d'arbitrage institutionnel (avis concernant le droit de sortie, les permissions spéciales, le régime interne, le choix du thérapeute, etc.), tâches exercées de façon ponctuelle et permettant la plus grande distance spatiale, temporelle, conceptuelle – par rapport aux malades. Aux infirmières sont dévolues *l'ensemble des activités de gestion, d'entretien, d'encadrement et de surveillance continue du matériau humain, ainsi que les tâches pratiques d'exécution des ordres médicaux* (par exemple distribution de médicaments, injections, etc.). En fait, les différences existant entre fonction médicale et fonction infirmière peuvent se résumer de façon schématique dans les oppositions suivantes:

Fonction médicale	*Fonction infirmière*
Savoir savant	Savoir vulgarisé; savoir-faire
Tâches nobles[13]	Tâches communes

[13] Ce qualificatif s'applique essentiellement aux tâches de diagnostic et de traitement qui définissent le travail médical. Il ne doit pas faire oublier que les médecins accomplissent toute une série de tâches administratives, que l'on ne saurait qualifier de nobles.

Décision	Exécution[14]
Distance par rapport à l'objet de sa pratique	Encadrement continu

L'opposition entre fonction médicale et fonction infirmière ne signifie pas pour autant l'homogénéité du corps des médecins ou des infirmières. Des lignes de clivage passent également à l'intérieur de chacune des deux catégories professionnelles et déterminent des positions, intérêts, idéologies différents (cf. Gillioz et Fischer, à paraître).

Il s'agit de voir que la division du travail hospitalier n'est pas une simple différenciation technique déterminée d'abord par des impératifs d'intervention sur l'homme malade, elle est aussi une division *sociale* du travail (Freidson, 1970) qui implique une hiérarchie de pouvoirs, de prestige et de privilèges. Imposée par la profession dominante en fonction de ses intérêts propres, elle reproduit dans la logique interne du système hospitalier la division sociale du travail. Il suffit de considérer les milieux sociaux dans lesquels se recrutent infirmières et médecins[15] pour se convaincre de l'homologie existant entre position dans la hiérarchie interne et position dans la hiérarchie externe.

Dépossédée par le groupe professionnel dominant des actes les plus spécialisés et les plus valorisés, la profession infirmière n'a pas vu sa situation s'améliorer avec les tendances récentes de la division du travail hospitalier. En effet, au cours des dernières décennies, celle-ci est devenue plus complexe; de nouvelles professions sont apparues dans le champ psychiatrique – sociothérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciennes, éducateurs, assistantes sociales, etc. – qui se sont constituées en se spécialisant dans un domaine qui était auparavant du ressort de l'infirmière. Aussi cette dernière voit-elle son champ d'activité se rétrécir sans pour autant gagner en spécificité.

[14] L'opposition décision/exécution qui rend bien compte de la division formelle du travail entre médecins et infirmières doit en fait être nuancée au plan de la pratique. Si, formellement, les infirmières sont exclues du champ de la décision et confinées dans un rôle d'exécutantes, elles assument en pratique des tâches qui impliquent un certain degré d'initiative et de décision (Duhart et Charton-Bressard, 1973). C'est dire que la définition formelle de leur champ de compétences sous-évalue leur niveau de fonctionnement réel. De plus, une étude de la vie clandestine de l'hôpital montrerait sans doute tout un ensemble d'adaptations secondaires des infirmières visant à accroître leur marge de manœuvre : par exemple dépassement des zones médicamenteuses prescrites par les médecins ou au contraire non-application de traitements prévus; chantage ou marchandage avec les malades, etc. Si ces stratégies entraînent bien une augmentation du pouvoir réel de l'infirmière sur les malades, il ne faut pas oublier qu'elles demeurent clandestines, non reconnues formellement et passibles de sanctions si elles viennent à être découvertes.

[15] L'enquête menée auprès d'un échantillon de la population infirmière psychiatrique de Suisse (Fischer, Gillioz, 1974) fait apparaître les répartitions suivantes selon les milieux sociaux d'origine :

couches populaires 52 %, couches moyennes 40 %, couches supérieures 8 %.

Les étudiants en médecine de Suisse provenaient des catégories socio-professionnelles suivantes en 1959-60 (Bureau Fédéral de statistique, 1961) :

Professions libérales 25,3 %, indépendants 19,3 %, employés supérieurs 36,2 %, autres employés 12,3 %, ouvriers 2,7 %, inconnus 4,1 %.

3. CONTENU ET FONCTIONS DES PRATIQUES INFIRMIÈRES

Si l'on regarde de façon critique ce qui est désigné sous le terme général de soins infirmiers, on s'aperçoit qu'il s'agit en fait d'activités hétérogènes n'impliquant que peu de techniques spécifiques et qui peuvent être catégorisées comme suit :

(1) tâches hôtelières (servir les repas, faire les lits, ranger le linge, etc.);

(2) tâches coutumières d'entretien des individus (laver, baigner, habiller, nourrir, etc.);

(3) soins médicaux techniques exercés par délégation (injections, prises de tension, etc.);

(4) tâches d'encadrement des patients dans leur vie quotidienne à l'hôpital (surveillance du déroulement ordonné de la vie hospitalière, encadrement des malades au travail, dans les loisirs, lors des repas, discussions, etc.). Dans ces tâches sont liées indissociablement des fonctions de contrôle, de surveillance, d'organisation et d'animation de la vie communautaire ainsi que d'inculcation normative visant à faire intérioriser par les malades les règles institutionnelles et le schéma médical de référence (adhésion à la définition médicale de leurs problèmes et intériorisation du rôle de malade);

(5) tâches diverses: administratives, transmission de l'information, participation à des colloques, etc.

La part respective des différentes activités dans l'ensemble du temps de travail de l'infirmière a été mise en évidence dans certaines études. Bien que celles-ci utilisent des catégories classificatoires qui reflètent l'idéologie médicale et psychiatrique – ainsi, on appelle soins aussi bien des actes techniques plus ou moins complexes que des tâches coutumières d'entretien, ou encore on range sous sociothérapie toute activité récréative – elles font néanmoins apparaître certains éléments intéressants.

Selon Bille et Le Corvec (1976), les tâches des infirmières se distribuent comme suit dans l'ensemble de leur temps de travail :

– tâches hôtelières (préparation, rangement de linge et matériels divers, transport et messagerie, etc.) :	16,0%
– soins directs non psychiatriques (soins de base, actes médicaux divers, etc.) :	24,5%
– soins psychiatriques (thérapeutique psychiatrique, qu'elle soit à prédominance biologique ou psychologique) :	18,0%
– activités indirectes (effectuées en dehors de la présence du malade, telles que transmission de l'information, attente, pause, tâches administratives, etc.) [16] :	41,5%
	100,0%

Le paradoxe ici est que les activités propres à l'infirmière en psychiatrie, les soins psychiatriques, n'occupent qu'une faible part de son temps.

[16] Selon les auteurs, le total des activités indirectes est un peu grossi, du fait qu'on y a inclus la présence de l'infirmière durant la nuit.

Une autre recherche, faite par le Professeur C. Müller (1969) sur l'emploi du temps du personnel soignant en psychiatrie, donne les résultats suivants:

– travaux ménagers (ex. : travail à l'office, préparation de repas, faire les lits en l'absence du malade, etc.) :	17,8%
– travail technique médical (ex. : prise de tension, température, prise de sang, etc.) :	6,9%
– soins aux malades (soins impliquant un contact personnel avec le malade; ex. : l'habiller, le déshabiller, le raser le laver, faire des injections, etc.) :	21,2%
– observations :	2,8%
– sociothérapie (temps consacré aux discussions de groupe, aux jeux collectifs et individuels, promenades collectives ou individuelles avec les malades, conversations et entretiens avec le malade) :	21,0%
– ergothérapie :	12,7%
– autres activités (travail de bureau, colloques, entretiens avec les médecins, attente, déplacement) :	17,6%
	100,0%

Si les deux recherches ne peuvent se comparer strictement, du fait que le découpage par catégories et le regroupement des tâches ont été opérés différemment (ainsi, dans la dernière étude, la sociothérapie est définie de façon extrêmement large), elles n'en convergent pas moins, en ce qu'elles font toutes deux apparaître *l'hétérogénéité* et la *faible couverture technique* de la plus grande partie du travail infirmier en psychiatrie.

En fait, la majorité des tâches infirmières psychiatriques ne nécessitent aucun savoir ou savoir-faire *technique* spécifique. Lorsque l'on s'attache à saisir les actes infirmiers qui impliquent des connaissances et des techniques précises et qui ne pourraient être exécutés sans une formation préalable, on ne trouve guère que certains actes médicaux exercés par délégation (injection, pose d'une sonde ou d'un goutte-à-goutte), minoritaires en psychiatrie.

Quant aux tâches qui occupent relativement la majeure partie du temps de l'infirmière – l'encadrement des patients dans leur vie quotidienne – il s'agit en fait d'activités hétérogènes dont le dénominateur commun est la présence, que l'on veut thérapeutique, de l'infirmière auprès des malades.

Il faut donc bien voir que les tâches d'encadrement – avec les aspects de surveillance, de contrôle, de discipline et d'inculcation normative qu'elles impliquent – ne constituent nullement un aspect secondaire et archaïque du travail infirmier, coexistant avec des activités qui elles, seraient véritablement de nature médicale et thérapeutique; au contraire, elles constituent l'essentiel de ce qui est appelé soins psychiatriques, bien que retraduites, selon l'idéologie médicale, en sociothérapie, ergothérapie, observations, relation aux malades, etc. C'est dire que la plupart des activités infirmières psychiatriques trouvent leur fondement et leur cohérence bien plus dans une rationalité institutionnelle que médicale ou thérapeutique, c'est-à-dire qu'elles sont rendues nécessaires avant tout par les exigences de fonctionnement d'une institution totalitaire.

La faible couverture technique et thérapeutique du travail infirmier est attestée par un récent rapport de l'OMS (1977) faisant le point de la situation des soins infirmiers psychiatriques en Europe:

"Dans beaucoup d'établissements, le travail du personnel infirmier se limite surtout à appuyer l'intervention médicale, à faire fonctionner les services des salles de malades (ménage, gardiennage, etc.), à fournir des soins physiques (alimentation, toilette, exercice, etc.) et à remplir des fonctions de commis ou de messager. Bien rares sont les établissements où l'on a élargi le rôle infirmier en l'intégrant au traitement dispensé au malade ou au client".

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant qu'il existe une relative interchangeabilité des agents soignants: dans de nombreux hôpitaux, les aides-infirmières et les élèves de première année déjà remplacent à l'occasion de congés, absences, insuffisance des effectifs, des infirmières diplômées[17].

L'analyse qui vient d'être faite des pratiques infirmières en psychiatrie risque d'être considérée par certains comme dépassée. Ce qui a été décrit, dira-t-on, correspond peut-être à un état antérieur de la profession, mais ne rend plus compte de sa situation actuelle. C'est que l'institution psychiatrique s'est transformée, arguera-t-on, le temps de l'asile est révolu et l'hôpital n'est plus cet espace clos, figé sur lui-même, spécialisé dans le gardiennage des malades. Avec l'ouverture sur l'extérieur et l'introduction de moyens nouveaux d'animation de la vie communautaire – clubs de malades, réunions où s'expriment soignants et soignés, sociothérapie, etc. – les contraintes et les hiérarchies internes se seraient assouplies, le mouvement serait entré à l'hôpital et ce dernier serait devenu un véritable milieu thérapeutique.

Dans ce contexte modifié, la fonction de l'infirmière se serait transformée. Du rôle d'agent d'encadrement, préposé au gardiennage et à l'entretien des malades, elle serait passée à celui de thérapeute,[18] dont l'action est centrée sur la *relation* aux malades. C'est du moins ce que postule l'idéologie infirmière[19].

[17] 64 % des infirmières ayant fait l'objet de notre enquête sur la formation du personnel infirmier psychiatrique estimaient que les élèves étaient utilisées comme bouche-trous dans les pavillons (cf. Fischer et Gillioz, 1974).

[18] A titre d'exemple, deux citations tirées d'un ouvrage écrit par un collectif infirmier (Hôpital Charcot, 1970):

"L'infirmier en psychiatrie d'aujourd'hui et de demain n'est plus ce personnage à stature imposante, sanglé dans un uniforme orné sinon de galons ou d'étoiles du moins d'un trousseau de clés aussi imposant que son allure ..., il n'est plus le 'gardien' devant des portes à 'judas', se bornant à l'exécution des prescriptions médicales ..., il est un être humain qui pense, qui vit, qui a une personnalité que ne dissimule plus la blouse blanche anonyme".

"Il ne saurait être question de faire une part privilégiée à l'engagement de l'infirmier dans une relation individuelle à incidence psychothérapique, comme si cela ne pouvait qu'être exceptionnel et vécu que par une minorité. Cet engagement, c'est le sens même de notre travail, il devrait être notre seule raison d'être à l'hôpital psychiatrique."

[19] Cette idéologie principalement véhiculée par l'élite infirmière pensante – les infirmières enseignantes, les productrices de théories ou d'articles – met l'accent sur la relation personnalisée aux patients, comme part essentielle et constitutive du travail de l'infirmière, et sur le caractère potentiellement thérapeutique de tous les actes infirmiers. Cf. entre autres: Hôpital Charcot (1970); Kyes, Hofling, Bertheletot (1978).

Sans vouloir nier qu'un certain nombre de changements sont intervenus ces dernières années dans les hôpitaux psychiatriques, nous voudrions cependant en montrer les limites et relativiser leur impact au niveau de la profession infirmière. Cela nous paraît d'autant plus nécessaire que le discours dominant en psychiatrie tend à présenter toute nouveauté comme un changement radical qui s'inscrit en rupture par rapport à la situation antérieure. S'il est indéniable que certaines transformations ont affecté la vie hospitalière et les stratégies d'intervention sur les malades, qui sont devenues plus "douces", il faut cependant constater que ces changements ont très inégalement touché les différents hôpitaux psychiatriques et les différents pavillons à l'intérieur des hôpitaux. Les nombreuses publications et discussions dont sont l'objet certaines expériences d'avant-garde ne doivent pas faire oublier que bien des cliniques continuent de fonctionner selon les routines asilaires les plus traditionnelles, et que dans la quasi-totalité des hôpitaux coexistent des services ouverts et permissifs et des services fermés, les premiers n'étant possibles qu'à cause des seconds. Mais il y a plus: les transformations signalées laissent intactes les fonctions sociales de la psychiatrie, son rapport à l'ordre et les relations de contrainte aux malades qui en découlent. C'est dire que la psychiatrie actuelle ne s'inscrit pas en rupture par rapport au passé et que les nouveautés introduites doivent être comprises comme des façons nouvelles – plus souples et mieux adaptées à l'évolution générale des rapports sociaux[20] – d'accomplir les mêmes fonctions sociales. Il s'ensuit que les tâches infirmières d'encadrement et de gestion du matériau humain, qui découlent directement du mandat de contrôle social de l'hôpital psychiatrique, n'ont pu être transformées par les modifications apportées.

Cela étant, la "relation" aux patients qui caractériserait en propre les tâches des infirmières et dans laquelle ces dernières croient trouver une spécificité ne serait-elle pas simplement la formulation moderne des activités de gardiennage et d'encadrement?[21]. En effet, dans les conditions objectives qui déterminent actuellement l'exercice du métier, l'idéal thérapeutique et relationnel visé ne peut véritablement s'incarner dans la pratique – quelle que soit par ailleurs la bonne volonté infirmière – et cela pour les raisons suivantes:

– Rappelons tout d'abord qu'étant donné la division du travail psychiatri-

[20] L'évolution des rapports de force entre dominants et dominés s'est traduite par un nouveau mode de domination, caractérisé par l'exercice souple plutôt qu'autoritaire du pouvoir. Aussi n'est-ce pas un hasard si les sciences sociales ont été de plus en plus appelées à résoudre les "problèmes humains" d'organisation tels qu'entreprises, armée, hôpitaux, etc. A cet égard, il est intéressant de constater que les acquis de la science sociale dans le domaine du fonctionnement des petits groupes ont eu des applications aussi bien en psychiatrie (communauté thérapeutique) que dans l'industrie (human relations).

[21] L'idéologie de la relation a cet avantage qu'elle permet de réinterpréter dans un sens thérapeutique toutes les activités infirmières, même les plus banales et les plus prosaïques.
"Lorsque le repas est terminé, chacun se lève de table mais il y a encore à desservir. Comment les choses sont-elles organisées? Dans quelle ambiance? Est-ce la corvée? N'y a-t-il pas dans le partage de cette activité une *possibilité riche d'échanges qui permette de garder le contact* (souligné par nous), d'effacer dans le vécu des uns ou des autres l'idée de la corvée, de tâches inférieures?" (Hôpital Charcot, 1970).

que, la fonction *première* assignée à l'infirmière consiste à entretenir, gérer, encadrer des individus et non à faire un travail spécifiquement relationnel. D'autres professions – les médecins et les psychologues psychothérapeutes – ont fondé leur spécificité sur ce dernier aspect. Aussi toute tentative pour sortir l'infirmière du rôle qui lui est traditionnellement assigné et pour ancrer son activité dans un terrain véritablement relationnel – à travers l'annexion d'une technique comme la psychothérapie, par exemple – ne peut que remettre en cause les principes sur lesquels sont fondés la division du travail et le fonctionnement de l'institution.

– Un deuxième type d'obstacles découle des impératifs du fonctionnement institutionnel tels qu'ils s'expriment à travers les horaires, règlements, normes administratives, etc. qui entrent souvent en conflit avec des exigences thérapeutiques. Un exemple, parmi d'autres, relaté par un élève dans son travail de diplôme (Reymond, 1977), relatif à la situation du repas. L'élève en question rapporte qu'il s'est fait vertement réprimander par ses collègues, parce que, désireux de faire du repas un moment de détente et d'échanges, il prenait son temps, ne débarrassait la table que lorsqu'il estimait le repas terminé, et de ce fait perturbait le rythme institutionnel. – Il faut aussi attirer l'attention sur l'incompatibilité existant entre fonction d'encadrement et fonction thérapeutique fondée sur la relation, et l'inconfortable position de l'infirmière censée assumer les deux. Représentante des exigences administratives, institutionnelles et médicales auprès des patients et garante de l'ordre et de la discipline internes, l'infirmière détient un pouvoir sur les patients et peut intervenir pour les contraindre, par la force si nécessaire, à se conformer à ce qui est attendu d'eux. Par ailleurs, la vocation thérapeutique dont elle se réclame lui enjoint d'être l'alliée du malade, c'est-à-dire de développer avec lui une relation de confiance fondée sur la compréhension de ses besoins et le désir de l'aider. C'est dire qu'il lui est demandé à la fois d'être du côté des patients et de prendre le parti de l'ordre institutionnel.

– Un troisième type d'obstacles tient à la faiblesse des moyens dont disposent les infirmières pour accomplir un travail véritablement relationnel, faiblesse qui a son origine dans les carences du bagage professionnel qui leur est donné durant la formation. Celui-ci, constitué pour l'essentiel d'une sorte de "digest" de connaissances médicales et psychiatriques, apparaît fortement inadapté aux objectifs thérapeutiques visés[22]. Comme on peut le voir dans le programme des matières enseignées dans les écoles d'infirmières en psychiatrie reproduit ci-après, les sciences humaines sont quasiment absentes d'une formation qui est censée produire des "techniciennes" de la relation. Plus de la moitié des heures programmées se rapportent à des sciences de base et médicales et 38,9 % à la psychiatrie. A noter également que les soins somatiques mobilisent plus d'heures de cours (200 h) que les soins psychiatriques (120 h).

La formation dispensée, où se lit nettement la dominance des intérêts médicaux sur les intérêts infirmiers, n'est-elle pas révélatrice des enjeux engagés à ce niveau et des rapports de force existant entre les différents groupes professionnels?

[22] Pour une analyse critique du type de formation dispensée, cf. Bille et Le Corvec, 1976.

Tableau 2. Programme des matières devant être enseignées dans les écoles d'infirmières en psychiatrie selon les directives de la Croix-Rouge suisse.

	Nombre d'heures recommandées		
Sciences de base			
Notions de physique-chimie	20		
Alimentation	10		
Biologie	6		
Anatomie – physiologie	80	150 heures	
Hygiène, santé publique	10		
Microbiologie, parasitologie	4		
Pharmacologie et pharmacodynamique	20		= 51,8 %
Médecine et soins somatiques			
Pathologie générale et médicale	60		
Techniques de soins somatiques	200	280 heures	
Premiers secours	20		
Psychiatrie et soins psychiatriques			
Psychiatrie	152		
Hygiène mentale	6		
Traitements psychiatriques	10		
Observation et rapport d'observation des malades	30	318 heures	= 38,3 %
Soins infirmiers en psychiatrie I	60		
Soins infirmiers en psychiatrie II	60		
Problèmes professionnels			
Ethique professionnelle	20		
Questions professionnelles	12	40 heures	= 4,8 %
Histoire de la profession	8		
Divers (instruction civique, éléments de culture générale, etc.)	42		= 5,1 %
	830		

Car si cet enseignement apparaît inadapté aux objectifs visés par l'avant-garde infirmière, il semble en revanche parfaitement ajusté à une autre finalité : inculquer aux élèves un modèle médical de lecture et d'interprétation des faits, à même de les convertir à la vision de la folie comme maladie et de leur donner une identité paramédicale. Il faut voir aussi que, l'essentiel de cette formation étant situé sur un terrain dont les médecins ont l'exclusivité, le corps infirmier est placé dans un statut de dépendance qui l'empêche de développer une réelle autonomie.

Aussi est-on en droit de conclure que la fonction de la formation infirmière en psychiatrie semble être bien plus de perpétuer les rapports sociaux existant entre professions, et notamment la prééminence du corps médical, que de transmettre aux futures infirmières les moyens théoriques et pratiques indispensables à une pratique thérapeutique spécifique et autonome.

Le discours sur la "relation" comme instrument thérapeutique propre à l'infirmière apparaît donc, une fois replacé dans les conditions concrètes de la pratique, refléter bien davantage une certaine idéologie professionnelle que la réalité. Cette idéologie est précisément nécessaire pour masquer la contradiction fondamentale qui marque la profession. En effet, en tant qu'agents d'une institution qui met en avant sa vocation de service médical, les infirmières sont tenues de se distancer de l'image toujours pregnante de gardiennes d'aliénés et d'apparaître sous une identité de soignantes, mais en même temps elles ne disposent ni des conditions institutionnelles, ni des instruments qui rendraient ce rôle professionnel possible. Aussi, l'idéologie de la relation a-t-elle pour fonction essentielle de donner une légitimité et une cohérence à des pratiques caractérisées par leur hétérogénéité et leur faible couverture thérapeutique.

* * *

Intermédiaires fonctionnelles entre un groupe dominant (les médecins) et un groupe dominé (les malades), préposées aux tâches d'encadrement inhérentes à cette position, c'est ainsi que l'on peut décrire schématiquement les infirmières en psychiatrie au terme d'une analyse où l'objet a été construit contre les apparences immédiates et les rationalisations idéologiques.

Pour conclure, l'on voudrait élargir le cadre de la problématique développée en montrant les homologies existant avec des professions situées dans d'autres champs et commises aux mêmes fonctions, par exemple le contremaître en usine, le sous-officier dans l'armée, le gardien de prison ou l'éducateur en milieu spécialisé. Au-delà de leurs différences, tous ces agents ont en commun de constituer un point charnière dans leurs espaces institutionnels respectifs, point où s'articulent les relations entre groupes situés aux deux extrêmes de la hiérarchie interne. Incarnant l'autorité supérieure auprès de la "base", ils détiennent certains pouvoirs par délégation et sont les garants de l'application des décisions prises ainsi que du bon fonctionnement interne. Leur fonction suppose l'exercice d'une violence symbolique qui consiste à inculquer aux subalternes certaines règles, normes, principes, valeurs (par exemple ponctualité, assiduité, mode de faire, adhésion à l'idéologie de l'institution).

La présence de ces intermédiaires est nécessaire à la reproduction institutionnelle et sociale à plusieurs égards: d'une part, ils remplissent une fonction de médiateurs entre univers culturels différents (par exemple savant-profane; technique-pratique; culture bourgeoise-culture populaire) retraduisant selon le code du récepteur les ordres, informations, messages. En réduisant la distance sociale et culturelle entre les groupes sociaux, ils créent les conditions nécessaires à toute action de domination symbolique. D'autre part, le groupe dominant a un intérêt évident à confier la partie la plus directement visible et disciplinaire du travail de domination à des tiers: il peut ainsi faire oublier où se situe le vrai centre du pouvoir et dévier vers ces intermédiaires les stratégies courantes d'opposition des dominés.

Une étude plus approfondie montrerait en outre que ce type d'agents se

recrutent principalement dans les couches populaires et moyennes inférieures[23] qui trouvent là, en échange de leur conformité et de leur loyalisme institutionnels des chances de mobilité qu'elles trouveraient difficilement ailleurs sur le marché du travail.

Les homologies relevées permettent d'affirmer que, du point de vue sociologique qui nous intéresse ici, la profession infirmière en psychiatrie ne constitue nullement un cas unique et que sa seule spécificité lui vient de son appartenance à un champ particulier – le système psychiatrique – et de l'indexation de ses pratiques dans la logique de ce champ.

[23] En ce qui concerne le recrutement des infirmières psychiatriques, cf. note 15.

BIBLIOGRAPHIE

BILLE, F. et LE CORVEC, P. (1976), "De la formation d'infirmier(ère) en psychiatrie" (E.S.E.I., travail de diplôme).
Bureau Fédéral de Statistiques (1961), "Les étudiants en Suisse" (Berne).
CASTEL, R. (1976), "L'ordre psychiatrique" (Minuit, Paris).
CASTEL, F., CASTEL, R., LOVELL, A. (1979), "La société psychiatrique avancée" (Grasset, Paris).
C.P.S.U. (1967), "Population consultante" (Documents internes).
DONZELOT, J. (1970), Espace clos, travail et normalisation, *Topique*, 3 (1970).
DONZELOT, J. (1971), Le troisième âge de la répression, *Topique*, 6 (1971).
DUHART, J. et CHARTON-BRASSARD, J. (1973), Réforme hospitalière et soin infirmier sur ordonnance médicale, *Rev. fr. sociol.*, Numéro spécial, *Sociologie de la médecine*.
FISCHER, W. et JAEGGI, F. (1972), Réflexions sur la psychiatrie sociale, *L'information psychiatrique*, 48 (1972) No 6.
FISCHER W. (1973), "Etude des urgences en psychiatrie" (Document interne).
FISCHER, W. et GILLIOZ, L. (1974), "Enquête sur la formation de base et post-graduée des infirmiers et infirmières en psychiatrie" (Document de l'*ARTMEIP*).
FOUCAULT, M. (1961), "Histoire de la Folie" (Plon, Paris).
FREIDSON, E. (1970), "Profession of Medicine" (Dodd, Mead, New York).
GILLIOZ, L. et FISCHER, W. (à paraître), "Etude sociologique de la profession d'infirmier(ère) en psychiatrie" (Delta, Vevey).
GOFFMAN, E. (1968), "Asiles" (Minuit, Paris).
HOLLINGSHEAD, A.B. et REDLICH, F.C. (1965), "Social Class and Mental Illness" (Wiley, New York).
Hôpital CHARCOT (1970), "Réflexion sur notre pratique" (Scarabée, Paris).
KYES, J.J., HOFLING, C.K. et BERTHELETOT, H. (1978), "Soins infirmiers en psychiatrie" (Renouveau pédagogique, Montréal).
MÜLLER, C. (1969), Emploi du temps du personnel soignant en psychiatrie, *Soc. Psychiatry*, 4 (1969).
OMS (1977), "Le rôle de l'infirmière dans les soins psychiatriques" (Bureau Régional de l'Europe, Copenhague).
REYMOND, F. (1977), Le stress, un des facteurs perturbant les soins infirmiers, *Bulletin de l'ARTMEIP*, 27 (1977).
SCHEFF, Th.J. (1966), "Being Mentally Ill" (Weidenfeld & Nicholson, London).
SCHEFF, Th.J., Ed. (1967), "Mental Illness and Social Processes" (Harper & Row, New York).
SZASZ, Th. (1976), "Idéologie et Folie" (PUF, Perspectives critiques, Paris).