

De l'ANFIP à l'ADRpsy : la filiation associative d'un soin qui résiste. L'héritage en mouvement

Il existe des filiations qui ne se fanent pas. Elles se transmettent, se recomposent, et refont surface lorsque le présent vacille. L'histoire de l'ANFIP appartient à cette lignée. Elle naît le 14 mai 1982, au Centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand, dans le sillage d'expériences locales foisonnantes, inventives, parfois désordonnées mais profondément vivantes. Là, un petit groupe d'infirmier·ères psychiatriques prend conscience de la nécessité de s'unir pour faire reconnaître la valeur de son travail, face au stigmate persistant qui pèse sur la psychiatrie et à la condescendance souvent exprimée par les confrères des autres disciplines. De cette tension naît une idée simple et puissante : se constituer en collectif capable de défendre une identité professionnelle singulière et d'affirmer la légitimité du soin psychiatrique au sein du champ infirmier.

Naissance et montée en puissance : du noyau militant à la fédération

Tout commence modestement, presque à mains nues. Le geste fondateur a quelque chose d'artisanal, de fragile, mais d'inflexible. On se réunit après les gardes, on griffonne des tracts, on se dispute sur les mots, mais on avance. Chacun·e met la main à la poche : l'argent personnel sert à acheter un répondeur à bandes magnétiques — capricieux, bruyant, mais symbole d'un lien qui se tisse. On relance, on ajuste, on apprend à faire avec les moyens du bord. À force de ténacité, les premières annonces paraissent dans la presse locale, puis, quelques mois plus tard, dans *Le Monde* et *Libération*. Le ton change : la parole psychiatrique sort de l'ombre. Les adhésions affluent, les courriers s'empilent, les rencontres s'enchaînent. Ce qui n'était qu'un noyau militant devient une force en mouvement. Peu à peu, un maillage national se dessine : des hôpitaux, des équipes, des visages se répondent. L'ANFIP se reconnaît, se nomme, s'agrandit. En 1987, elle se fédère — la flamme locale devient fédération nationale.

La formation devient alors son levier le plus politique. Un département dédié se met en place : des stages se conçoivent, s'expérimentent, s'affinent, portés par une même conviction — que la compétence psychiatrique ne relève ni du hasard, ni du charisme, mais d'un savoir, d'une pratique, d'une identité à part entière. Mais ces formations ne se contentent pas de transmettre : elles ouvrent des espaces de réflexion inédits sur l'engagement professionnel, sur la posture, sur le travail sur soi. On y parle de la place du sujet, de la distance, du transfert, de l'équipe, du sens. Ce sont des lieux où se fabrique autant une profession qu'une conscience collective.

Quand le siège est déplacé à Paris, le geste n'est pas anodin : c'est une manière d'assumer la dimension politique du projet, de prendre place à la table où se joue l'avenir du diplôme et, plus largement, celui du soin psychiatrique. Pour la première fois, les pouvoirs publics identifient les infirmier·ères psychiatriques non plus comme des exécutant·es, mais comme des interlocuteur·rices légitimes, capables de penser, de former et d'agir sur leurs propres conditions d'exercice.

1988 : être dans le mouvement, faire exister la psychiatrie

La fin des années 1980 ouvre une brèche. À l'automne 1988, la rue gronde : des centaines de milliers d'infirmier·ères se mobilisent, font corps, se découvrent une puissance collective. L'ANFIP n'observe pas — elle agit. À Clermont-Ferrand, on affrète des wagons entiers pour rejoindre la capitale. Dans les couloirs de Sainte-Marie, les listes s'improvisent, les tracts circulent, les équipes s'organisent. La psychiatrie veut être là, visible, debout, au milieu du

mouvement. Et c'est là tout le paradoxe — et toute la force — de ces infirmier·ères psychiatriques longtemps cantonné·es au rôle du « gardien de l'ordre asilaire ». Ils et elles s'en saisissent avec intelligence. En assurant le service d'ordre des manifestations, ils retournent cette image : le corps collectif devient outil politique. On montre la maîtrise, la cohésion, la discipline choisie. On prouve que l'on peut tenir la ligne autrement — sans renier l'histoire, mais en la transformant en levier d'action. Ce geste symbolique vaut manifeste : la psychiatrie ne se cache plus, elle occupe l'espace public.

Cette visibilité nouvelle ouvre des portes. Dans les négociations, les voix psychiatriques ne sont plus reléguées au fond de la salle. Elles prennent place, posent des mots, défendent un projet. On comprend enfin qu'elles ne sont pas que des bras, mais des têtes pensantes, capables de débattre, de construire, de proposer. Pour un temps, la psychiatrie se défait de son stigmate institutionnel : elle devient utile, fiable, nécessaire au collectif infirmier.

Un rôle au plus haut niveau de l'État

Un dialogue s'installe alors, fragile mais réel, avec le sommet de l'appareil sanitaire. Dans le jeu politique de la fin des années 1980, l'ANFIP apprend vite les codes : comprendre les équilibres, décoder les rapports de force, investir les espaces de décision. Autour du ministère de la Santé, Michel Atlan — conseiller et relais du cabinet — devient une figure-clé. Il incarne cette interface entre le pouvoir et les représentants infirmiers, un passage obligé pour qui veut peser sur les réformes à venir.

Au cœur des débats : le projet de diplôme commun. L'ANFIP s'y engage avec lucidité. Elle sait que la fusion est inévitable, mais refuse qu'elle se fasse au prix de la disparition de la spécialisation psychiatrique. Elle plaide pour un compromis ambitieux : un tronc commun solide, garant d'une reconnaissance nationale et européenne, mais qui maintienne la spécificité du soin psychiatrique comme champ à part entière, exigeant, complexe et formateur. Ces années sont celles d'un intense apprentissage politique. Les membres de l'association naviguent entre couloirs ministériels et réunions syndicales, apprennent à parler le langage du pouvoir sans s'y dissoudre. Leurs échanges avec Atlan et d'autres conseillers témoignent d'une maturité stratégique inédite : il ne s'agit plus seulement de défendre un diplôme, mais de faire exister un monde professionnel, une culture, une vision du soin.

Mais la conjoncture bascule. En 1991, les relais s'effritent, les interlocuteurs changent, la rationalité gestionnaire prend le dessus. La Direction générale de la santé impose son agenda : diplôme d'État unique, recentrage technocratique, disparition programmée des filières spécialisées. La spécialisation psychiatrique, pourtant défendue pied à pied, ne verra jamais le jour. Et pourtant, l'essentiel est ailleurs. L'ANFIP n'a jamais cessé d'être une fabrique collective de pensée et d'action. Elle n'a pas simplement réagi : elle a anticipé, proposé, structuré. En cherchant une voie d'intégration sans renoncement, elle a donné une forme politique à l'identité infirmière psychiatrique.

L'ANFIP, expérience politique et apprentissage collectif

L'enjeu, ici, n'est pas la disparition du diplôme en 1992, mais la formidable dynamique associative qui l'a précédée. Car l'ANFIP, bien plus qu'un simple mouvement associatif, fut une école politique à ciel ouvert. Elle a cherché à bâtir un modèle de spécialisation psychiatrique au sein d'un diplôme commun, non comme un repli, mais comme un projet professionnel affirmé, porteur de sens et de reconnaissance. À travers cette ambition, l'association s'impose peu à peu comme un acteur stratégique, capable de comprendre le langage politique, d'entrer dans les négociations, de traduire le soin en argument public. Ses

membres apprennent à se situer dans le champ institutionnel : lire les jeux de pouvoir, anticiper les réformes, et tenir bon pour préserver l'esprit d'une filière singulière.

Réduire l'ANFIP à sa « fin » de 1992 serait un contresens. Son histoire est celle d'un apprentissage collectif, à la fois intime et structurel. Apprentissage personnel, d'abord, avec la confiance retrouvée dans la légitimité à agir, à parler, à se représenter soi-même. Apprentissage relationnel ensuite, dans l'art de composer avec les institutions, de faire entendre une voix soignante dans un champ saturé de technocratie. Et apprentissage pratique, enfin, dans la capacité à inventer de nouvelles formes d'action, de formation, de réseau — bref, à créer du possible là où il n'y en avait plus. Le mouvement n'a pas été sans tensions : peur d'une dilution de la spécificité, soupçons d'élitisme, sentiment d'un basculement imposé. Mais c'est aussi dans ces zones de frottement que s'est forgée sa maturité politique. L'ANFIP a fédéré une profession éclatée, lui donnant cohérence, voix et crédibilité. Elle a ouvert un espace où l'identité psychiatrique pouvait se penser collectivement, hors des murs, hors du stigmate, comme un projet de soin et de société.

Son point culminant ne réside pas seulement dans les victoires acquises, mais dans ce qu'elle a rendu pensable pour les générations suivantes : une profession consciente d'elle-même, capable de négocier, de former, d'inventer. C'est cette trajectoire, patiemment tracée, qui prépare la continuité à venir — celle qui prendra, quelques années plus tard, la forme de l'AGESIF, Association de Gestion et d'Élaboration de Structures Intermédiaires à forme ou à objet social et d'insertion.

De l'ANFIP à l'AGESIF : la filiation qui tient

Après 1992, la dynamique ne s'éteint pas — elle se transforme. L'ANFIP, après avoir été le moteur d'un dialogue professionnel et politique inédit, amorce une métamorphose : celle de l'AGESIF, l'Association de Gestion et d'Élaboration de Structures Intermédiaires à forme ou à objet social et d'insertion. Son objet est clair : créer, gérer et faire vivre des établissements de soins, des lieux de vie et des dispositifs de formation. L'AGESIF devient le bras concret d'un idéal collectif : donner une existence tangible à ce que l'ANFIP avait formulé en projet. Là où l'association militante faisait naître des idées, l'AGESIF leur offre un corps.

Ce passage du politique au pragmatique ne marque pas une rupture mais un prolongement. Il s'agit d'un même fil, tissé autrement : faire vivre les valeurs du soin psychiatrique dans des structures réelles, ancrées dans le quotidien des équipes, tout en conservant cette volonté farouche de relier soin, formation et accompagnement social. L'AGESIF, en somme, donne chair à la pensée de l'ANFIP — elle en est la mise en œuvre, non la substitution.

De l'AGESIF à l'ADRpsy : la mémoire comme tremplin

Mais l'histoire ne s'arrête pas là. Elle ressurgit aujourd'hui, ravivée par la recherche. Un travail doctoral mené en sciences infirmières et en histoire du nursing a permis de reconstituer cette aventure collective dans toute sa richesse. En explorant les archives, les voix, les traces laissées par les acteur·rices de l'ANFIP, cette recherche a redonné souffle à une mémoire dormante et révélé l'ampleur du projet initial. Ce retour aux sources n'a rien d'une commémoration : il s'agit d'un acte de filiation. En retraçant cette généalogie, la recherche a rendu visible un lien direct — à la fois humain, infirmier, soignant, mais aussi institutionnel et financier — entre l'AGESIF et l'ADRpsy.

Car aujourd'hui, cette continuité se manifeste concrètement : l'AGESIF soutient et finance nos projets, prolongeant le geste originel de solidarité et d'innovation porté par l'ANFIP. En

renouant avec cette mémoire active, l'ADRpsy ne se contente pas d'hériter : elle reprend le flambeau. Elle prolonge le soin qui pense, la profession qui s'organise, la recherche qui éclaire. Cette filiation vivante réaffirme une conviction : que le soin n'est jamais qu'une affaire de techniques, mais toujours une affaire de valeurs, d'humains et de collectif.

Ainsi, à travers nous, c'est tout un héritage qui agit encore — celui d'un passé qui ne s'éteint pas, mais se réinvente en avenir commun.

Conclusion – Tenir la ligne, ensemble

L'histoire de l'ANFIP, prolongée par l'AGESIF et ravivée aujourd'hui par l'ADRpsy, nous enseigne une vérité simple et exigeante : aucune conquête n'est durable sans engagement collectif. Derrière chaque réforme, chaque structure, chaque projet, il y a eu des femmes et des hommes qui ont refusé l'indifférence, qui ont cru que la psychiatrie méritait mieux qu'une adaptation discrète — qu'elle méritait une vision, un ancrage, une reconnaissance. Mais cette histoire n'est pas un monument figé. Elle vit encore dans nos pratiques, nos formations, nos débats, nos doutes. Elle nous oblige à poursuivre le mouvement avec la même énergie patiente et la même exigence morale que nos prédécesseur·es.

Ce que nous portons aujourd'hui, ce sont des vies, des voix, des visages. Celles et ceux que nous accompagnons, celles et ceux qui soignent, enseignent, cherchent, vivent la psychiatrie au quotidien. L'ADRpsy n'est pas l'héritière d'un seul monde professionnel : elle en est la convergence, le lieu où les savoirs, les vécus et les engagements se croisent pour faire émerger une recherche en soins psychiatriques ouverte, partagée et traversée par le réel. Notre association prolonge la lignée de l'ANFIP non pour en reproduire la forme, mais pour en réactiver la force : celle d'un collectif qui pense, agit et tisse des liens entre les mondes.

Tenir la ligne, aujourd'hui, c'est honorer celles et ceux qui l'ont tracée avant nous, tout en inventant de nouvelles manières de marcher ensemble. C'est refuser le renoncement, préférer l'effort partagé à la résignation solitaire, et rappeler que la solidarité n'est pas une posture mais une pratique quotidienne, où chacun·e compte. Nous savons désormais d'où nous venons. Et parce que nous le savons, nous savons aussi où nous allons : vers un soin qui pense, une recherche qui rassemble, une psychiatrie qui inclut et qui se tient debout. Tel est le sens de notre engagement : prolonger une histoire vivante, incarner des valeurs, et rappeler que notre horizon n'a jamais changé — prendre soin, ensemble, et ne jamais cesser d'y croire.

Benjamin Villeneuve, Président de l'ADRpsy

Note — L'ensemble des informations, citations et éléments historiques mobilisés dans ce texte proviennent des travaux menés dans le cadre de ma recherche doctorale en sciences infirmières et en histoire du nursing. Ils s'appuient sur un corpus de sources orales, institutionnelles, associatives et personnelles recueillies auprès des témoins de l'étude. Par souci de fluidité de lecture, les références précises ne sont pas mentionnées dans le corps du texte, mais demeurent intégralement documentées dans le cadre de la thèse.